



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ
ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ»**

**“SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS’
KNOWLEDGE ABOUT STUTTERING”**

**Φοιτήτριες: Καλάκου Ευτυχία
Λύτρα Κωνσταντίνα**

Εποπτεύων Καθηγητής: Παπακουρίτσης Ιωάννης

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τραυλισμός είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο έχει απασχολήσει εδώ και δεκαετίες τους επιστήμονες. Ήδη από την αρχαιότητα υπάρχουν αναφορές για τον τρόπο που μπορεί να θεραπευτεί. Πριν 40 περίπου χρόνια βρέθηκαν ενδείξεις για την ύπαρξή του στον αιγυπτιακό, κινέζικο και αρχαίο ελληνικό πολιτισμό. Εμφανίζεται σε όλα τα μέρη του κόσμου ανεξάρτητα από φύλλο, πολιτισμό, κοινωνικό υπόστρωμα και δεν διακρίνει ηλικίες. Τα άτομα που τραυλίζουν ποικίλουν ως προς τα συμπτώματα και τον αντίκτυπο που έχει ο τραυλισμός στα ίδια και την ζωή τους. Ορισμένα άτομα τραυλίζουν ελάχιστα, αλλά ο τραυλισμός τους έχει στους ίδιους σημαντικό αντίκτυπο, ενώ άλλα άτομα που μπορεί να τραυλίζουν εμφανώς εντονότερα, δεν τους επηρεάζει σημαντικά στην ζωή τους. Για αυτό όταν συζητάμε για το φαινόμενο αυτό μας ενδιαφέρει να δούμε για τον κάθε άτομο, που τραυλίζει, ξεχωριστά την δική του εμπειρία, τα δικά του συναισθήματα και στάσεις, ώστε να προχωρήσουμε σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση θεραπείας. Πολλοί επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να βρουν την αιτία του τραυλισμού με απεικονιστικές μεθόδους εγκεφάλου. Υπάρχουν ορισμένες δομικές και λειτουργικές διαφορές, οι οποίες όμως από μόνες τους δεν μπορούν να δοθούν ως αιτία εμφάνισης του τραυλισμού. Σημαντική λοιπόν παράμετρος για την θεραπεία είναι και το περιβάλλον πέρα από τον άνθρωπο που τραυλίζει.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε με στόχο να εξετάσει κατά πόσο οι λογοθεραπευτές γνωρίζουν για την φύση του τραυλισμού αλλά και για την αξιολόγηση και θεραπεία του. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν ήταν τα εξής :

- a) ποιες είναι οι γνώσεις των λογοθεραπευτών ως προς την αξιολόγηση και θεραπεία του τραυλισμού σε σχέση με τα έτη κλινικής εμπειρίας ως επαγγελματίες λογοθεραπευτές.
- b) οι γνώσεις των λογοθεραπευτών ως προς την αξιολόγηση και θεραπεία του τραυλισμού σε σχέση με τις εκπαιδεύσεις που έχουν κάνει

Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε μέσω πλατφόρμας στο διαδίκτυο σε επαγγελματίες λογοθεραπευτές για να το συμπληρώσουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι λογοθεραπευτές έχουν κατά βάση ανεπαρκείς γνώσεις τόσο ως προς την αξιολόγηση του τραυλισμού, όσο και ως προς την θεραπεία του, οδηγώντας στην αναγνώριση της αναγκαιότητας για συχνές και εξειδικευμένες εκπαιδεύσεις, με σκοπό την ανάπτυξη και εξάσκηση τεχνικών και δεξιοτήτων στην αξιολόγηση και την θεραπεία του τραυλισμού. Οι λογοθεραπευτές οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι και ενημερωμένοι, εάν επιθυμούν να βοηθήσουν τα άτομα που τραυλίζουν.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Τραυλισμός, αξιολόγηση, θεραπεία, γνώσεις λογοθεραπευτών

ABSTRACT

Stuttering is a complex phenomenon that has preoccupied scientists for decades. There have been reports since antiquity about how it can be treated. About 40 years ago, evidence of its existence was found in Egyptian, Chinese and ancient Greek culture. It occurs in all parts of the world regardless of gender, culture, social background and does not distinguish ages. People who stutter vary in the symptoms and the impact that stuttering has on themselves and their lives. Some people stutter a little, but their stuttering has a significant impact on them, while other people who may stutter more clearly do not have a significant impact on their lives. That is why when we discuss this phenomenon we are interested to see for each person who stutters, individually, his own experience, his own feelings and attitudes, in order to proceed to a comprehensive approach to treatment. Many scientists have tried to find the cause of stuttering by imaging brain methods. There are some structural and functional differences, but these alone cannot be given as a cause of stuttering. An important parameter for the treatment is the environment beyond the person who stutters.

The present thesis was prepared with the aim of examining whether speech therapists know about the nature of stuttering but also about its evaluation and treatment. The research questions that arose were the following:

- a) What is the knowledge of speech therapists regarding the evaluation and treatment of stuttering in relation to years of clinical experience as professional speech therapists.
- b) The knowledge of speech therapists regarding the evaluation and treatment of stuttering in relation to the training they have done.

A questionnaire was created, which was distributed through an online platform to professional speech therapists to complete. The results showed that speech therapists have basically insufficient knowledge both in the evaluation of stuttering and in its treatment, leading to the recognition of the need for frequent and specialized training, in order to develop and practice techniques and skills in evaluation and treatment of stuttering. Speech therapists need to be aware and informed if they want to help people who stutter.

KEYWORDS

Stuttering, evaluation, treatment, knowledge of speech and language therapists

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	2
ABSTRACT	3
KEYWORDS	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	8
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ	8
1.3 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	9
1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ.....	11
2.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ.....	11
2.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	11
2.3 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	11
2.4 ΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	11
2.5 ΤΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ	12
2.6 ΚΛΟΝΙΚΟΤΟΝΙΚΟΣ – ΤΟΝΟΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (ΜΙΚΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ).....	12
2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗΣ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑΣ (ΣΔΤ) – CLUTTERING	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	13
3.1 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ.....	13
3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ	14
3.2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ	14
3.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΟΓΕΝΗΣ ΘΕΩΡΙΑ	14
3.2.3 ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	19
5.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	19
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	27
ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΕΡΕΥΝΑ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	30

6.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ...	30
6.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	30
6.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	31
6.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	32
7.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	32
7.2 Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ	37
7.3 Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ. 44	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα άτομα με διαταραχές ευχέρειας στην ροή της ομιλίας, επίσης, συχνά, βιώνουν ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και λειτουργικές επιπτώσεις ως αποτέλεσμα της διαταραχής επικοινωνίας τους (Tichenor & Yaruss, 2020). Παλαιότερα υπήρχε η θεωρία πως ο τραυλισμός είναι μονοδιάστατη διαταραχή και μπορούσε να εξηγηθεί είτε ως ψυχολογική διάσταση, γλωσσική ή μαθημένη συμπεριφορά. Κάθε μία από τις παραμέτρους λειτουργούσε ανεξάρτητα ως προς την φύση του τραυλισμού και υπήρχε ένας παράγοντας, ο οποίος εξηγούσε γιατί ο τραυλισμός εμφανίστηκε και μπορεί να εμμένει. Αυτή η άποψη έρχεται σε αντιπαράθεση με πιο πρόσφατες μελέτες, στις οποίες εξηγείται η πολυδιάστατη φύση του τραυλισμού. Συγκεκριμένα, ο Starkweather (1999) ανέφερε πως ένα από τα πιο εξέχοντα χαρακτηριστικά του τραυλισμού είναι η μεταβλητότητά του. Ο Zimmermann, το 1980, ανέφερε ένα πολυδιάστατο μοντέλο για τον τραυλισμό, στο οποίο εξηγούσε πως ο τραυλισμός μπορεί να προκύψει από μια διαταραχή στον συντονισμό των αρθρωτικών, φωνητικών και αναπνευστικών διαδικασιών για την ομιλία. Πιο συγκεκριμένα ανέφερε πως τα άτομα που τραυλίζουν είτε έχουν πολύ καλό κινητικό-στοματικό συντονισμό, είτε μειωμένο. Επίσης, θεώρησε πολύ σημαντικό συσχετισμό τον αρθρωτικό συντονισμό με την αλληλεπίδραση από περιβαλλοντικούς και συναισθηματικούς παράγοντες. Ήταν η βάση για τα μετέπειτα πολυδιάστατα μοντέλα για τον τραυλισμό. Αξίζει να σημειωθεί ένα ακόμη πολυπαραγοντικό μοντέλο, των δυνατοτήτων και απαιτήσεων (demands and capacities model) από τους Starkweather, Gottwald, και Halfond (1990). Η βασική του υπόθεση βασίζεται στην ετερογένεια των ικανοτήτων ενός παιδιού (κινητικά, γλωσσικά, γνωστικά συναισθηματικά) και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος (πίεση χρόνου, πραγματολογικά ζητήματα και περιβαλλοντικές επιρροές). Εάν οι ικανότητες του παιδιού συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, τότε η φυσιολογική ροή προκύπτει. Εάν από την άλλη πλευρά οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος υπερβαίνουν τις ικανότητές του, τότε εμφανίζονται δυσροές. Όλα αυτά τα πολυδιάστατα μοντέλα έχουν κοινές βάσεις. Εξηγούν τον τραυλισμό ως μια δυναμική διαταραχή με πολυδιάστατη φύση. Ακόμη, συσχετίζουν τα επεισόδια του τραυλισμού με γνωστικές, γλωσσικές, νευροφυσιολογικές και συναισθηματικές μεταβλητές ομιλίας, οι οποίες αλληλεπιδρούν όταν ένα άτομο τραυλίζει.

Παρατηρώντας το φαινόμενο που λέγεται «τραυλισμός», την συμπτωματολογία του, τις πρωτογενείς και δευτερογενείς συμπεριφορές που εμφανίζουν τα άτομα που τραυλίζουν, τους παράγοντες που επιδεινώνουν ή περιορίζουν τα επεισόδια τραυλισμού και λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα μοντέλα και θεωρίες έχουν αναπτυχθεί τόσο διαγνωστικοί μέθοδοι και εργαλεία, όσο και τεχνικές παρέμβασης. Σκοπός της αξιολόγησης και της θεραπείας, όπως και για κάθε άλλη διαταραχή επικοινωνίας, είναι ο σχεδιασμός εξατομικευμένου προγράμματος αντιμετώπισης των δυσκολιών του εκάστοτε ατόμου που τραυλίζει, ώστε να περιοριστεί τον αντίκτυπο τους σε όλες τις πτυχές της καθημερινότητας του.

Είναι, όμως, επαρκείς οι γνώσεις των λογοθεραπευτών που αναλαμβάνουν περιστατικά τραυλισμού, σχετικά με τη φύση, την αξιολόγηση και την θεραπεία των διαταραχών ροής, ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν την μέγιστη δυνατή βοήθεια με την μέγιστη αποτελεσματικότητα;

Πολλές έρευνες έχουν γίνει ώστε να διερευνηθούν τα αίτια που προκαλούν τον τραυλισμό, θεραπευτικές προσεγγίσεις αλλά και τις γνώσεις του κοινού ή επαγγελματιών σχετικά με τα ζητήματα αυτά. Παρά το γεγονός ότι ο τραυλισμός είναι γνωστός από την αρχαιότητα και υπάρχουν εκπαιδευτικά προγράμματα και εκπαιδευσεις, οι γνώσεις και η ενημέρωση του γενικού πληθυσμού μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα (Medeiros de Brito Pereira, Perni Rossi, Van Borsel, 2008).

Ακόμη έρευνες έχουν δείξει πως ο τραυλισμός επιδρά αρνητικά στην ζωή των ατόμων που τραυλίζουν όσον αφορά την συναισθηματική και πνευματική τους υγεία (Craig & Train, 2006). Ο τραυλισμός έχει συνδεθεί με πληθώρα αρνητικών συνεπειών οι οποίες αυξάνουν ορισμένες φορές το πόσο εύαλωτο μπορεί να είναι το άτομο που τραυλίζει σε κοινωνικές και ψυχολογικές δυσκολίες (Shneier, Wexler, & Liebowitz, 1997).

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σε όλες τις γλώσσες του κόσμου έχει παρατηρηθεί τραυλισμός με χαμηλότερο επιπολασμό στις τονικές γλώσσες (Perello, 1970). Στις Ινδοευρωπαϊκές γλώσσες ο επιπολασμός είναι 1% έως 2% (Porfert and Rosenfield, 1978). Διάφοροι συσχετισμοί έχουν γίνει για τον τραυλισμό. Έχει συνδεθεί το φύλλο, καθώς εμφανίζεται περισσότερο στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες (Porfert and Rosenfield, 1978; Rosenfield και Boiler, 1985). Σύμφωνα με τον Schuell αυτό συμβαίνει λόγω της κοινωνικής πίεσης που ασκείται στα αγόρια, τα οποία εμφανίζουν μια πιο αργή ανάπτυξη στην γλώσσα σε σχέση με τα κορίτσια, όπως επίσης και ότι είναι πιο ευαίσθητα σε διαταραχές. Οι υποθέσεις του τραυλισμού ως προς του αριστερόχειρες παραμένουν άλυτες (Orton, 1928, Rosenfield, 1980). Οι αριστερόχειρες μεταξύ των ατόμων που τραυλίζουν υπολογίζονται από 2% έως 21%. Οι εκτιμήσεις για τους αμφίχειρες επίσης κυμαίνονται από 0% έως 61% (Rosenfield, 1982a). Τα άτομα που τραυλίζουν επέδειξαν μια δυσκολία σε κινητικές δοκιμασίες που απαιτούσαν να φέρουν εις πέρας συγχρονισμένα διαφορετικές κινήσεις σύμφωνα με τους Vaughn και Webster (1989). Σε άλλες έρευνες δεν αποδείχτηκε ότι υπάρχει συσχέτιση του επικρατούς χεριού με τον τραυλισμό (Webster και Poulos, 1987). Μία ακόμη σημαντική επιδημιολογική ανησυχία αφορά τον τραυλισμό και την συσχέτισή του με εγκεφαλικό τραύμα-δυσλειτουργία. Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε μεγάλος αριθμός διαταραχών της ομιλίας σε ασθενείς με παθολογία του εγκεφάλου (Andy and Bhatnager, 1991; Ardila and Lopez, 1986; Helm, Butler, and Benson, 1978; Rosenfield, Miller, and Feltovich, 1980; Rosenbek, Messert, Collins, and Wertz, 1978; Soroker, Bar-Israel, Schechter, and Solzi, 1990; Yairi, Gintautas, and Avent, 1981). Σημαντικά ήταν και τα ευρήματα των Segalowitz και Brown (1991), σύμφωνα με τους οποίους υπάρχει συνάφεια μεταξύ του τραυλισμού, του ήπιου εγκεφαλικού τραύματος, της υπερδραστηριότητας του εγκεφάλου, συσχέτιση με την αμφιχειρία και τέλος με την αντιπάθεια για τα μαθηματικά. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι είχαν μελετήσει το φαινόμενο του τραυλισμού. Υπάρχει ένα ιερογλυφικό σύμβολο που μοιάζει να απεικονίζει ένα τρέμουλο το οποίο το παρομοιάζει με τον τραυλισμό (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006, 119, Silverman, 1996, 8).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

Ως τραυλισμός θεωρείται η «δυσλειτουργία της ροής της ομιλίας και εκδηλώνεται με ασυντόνιστες κινήσεις του μυϊκού συστήματος της αναπνοής, της φωνής και της άρθρωσης. Η δυσλειτουργία συμβαίνει στην αρχή ή στο μέσο της ομιλίας, είτε με επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών, λέξεων, είτε με ένα επίμονο κόμπιασμα σε ένα φθόγγο» (Δράκος, 2003,170). Σύμφωνα με το DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 38) το κύριο χαρακτηριστικό του τραυλισμού είναι η διαταραχή της κανονικής ροής και ρυθμού ομιλίας, η οποία, ωστόσο, δεν αντιστοιχεί την ηλικία του ατόμου και η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα φαινόμενα:

- Επαναλήψεις ήχων και συλλαβών
- Επιμηκύνσεις ήχων και συλλαβών
- Παρεμβολές
- Σπασμένες λέξεις, π.χ παύσεις μέσα σε μία λέξη

- Ακουστικό ή σιωπηλό μπλοκάρισμα
- Περιφράσεις
- Λέξεις παραγόμενες με υπερβολική σωματική ένταση
- Επαναλήψεις μονοσύλλαβων ολόκληρων λέξεων

Ο Coriat το 1943, ο Fenichel το 1945 και ο Glauber το 1958 περιέγραψαν τον τραυλισμό σαν μια «ψυχονεύρωση», «προγεννητική νεύρωση» και σαν «ένα σύμπτωμα ψυχοπαθολογικής κατάστασης», ορισμοί που πλέον έχουν ξεπεραστεί (Manning, 2010,50).

Το 1964 ο Wingate ορίζει τον τραυλισμό ως διαταραχή της ροής της λεκτικής έκφρασης, η οποία χαρακτηρίζεται από εκούσιες επαναλήψεις και παρατάσεις, ηχητικές και μη, εφόσον πρόκειται για μερικές λεκτικές μονάδες, δηλαδή συλλαβές ή μονοσύλλαβες λέξεις.

Οι Brutten και Shoemaker το 1967 όρισαν τον τραυλισμό ως εκείνη τη μορφή αποτυχίας ευφράδειας που είναι αποτέλεσμα κατεστημένου αρνητικού συναισθήματος (Brutten, E.J. & Shoemaker, D. (1967), Kraaimaat, Vanryckeghem, Van Dam-Baggen, 2002).

Ο Van Riper αναφέρει ότι «μια συμπεριφορά τραυλισμού αποτελείται πρώτον από μια λέξη η οποία παράγεται με ανακρίβεια ως προς τον χρόνο και δεύτερον από τις αντιδράσεις του ομιλητή σε αυτή την λανθασμένη παραγωγή».

Σύμφωνα με το DSM-IV, ο τραυλισμός ορίζεται ως μια διαταραχή της φυσιολογικής ροής και της ρυθμικής διαμόρφωσης της ομιλίας, η οποία είναι δυσανάλογη για την ηλικία του ατόμου (APA, 1994).

Ο τραυλισμός σύμφωνα με την ASHA , είναι μια διαταραχή στην ροή της ομιλίας όπου η φυσιολογική ροή διακόπτεται και χαρακτηρίζεται από άτυπη ροή, ρυθμό και διακοπές (όπως για παράδειγμα επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων και φράσεων, παρατάσεις φράσεων-επιμηκύνσεις, και μπλοκαρίσματα), η οποία επίσης μπορεί να συνοδεύεται από υπερβολική ένταση, αποφυγή της ομιλίας και δευτερεύοντες συμπεριφορές.

Ο Van Riper (1973) πιστεύει ότι από την στιγμή που ο τραυλισμός είναι μια δυσχέρεια στην οργάνωση της λέξης, σίγουρα το ίδιο θα εμφανισθεί και κατά την εκφορά αυτής της λέξης.

1.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτή η ηλικία μεταξύ δύο και 3,5 χρονών ως ένα ηλικιακό εύρος εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων τραυλισμού (Yairi και Ambrose 2005). Ερευνες για τον τραυλισμό έδειξαν πως η έναρξη των συμπτωμάτων στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων γίνεται στην παιδική ηλικία, ακόμη περισσότερο στην πρώιμη παιδική ηλικία, πολλές φορές πριν ακόμη τους πρώτους 18 μήνες (Darley, 1955, Yairi, 1983). Παρ' όλα αυτά έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις με έναρξη τραυλισμού στην εφηβεία (π.χ Andrews and Davis, 1964 Daskalov, 1962, Meltzer, 1934, Preus, 1981) και ενώ η πλειοψηφία των παιδιών που αρχίζουν να τραυλίζουν θα ανακάμψουν φυσικά, το τραύλισμα θα γίνει ένα αόρητο, μακροπρόθεσμο πρόβλημα για ένα μικρό ποσοστό ενηλίκων (Onslow, 2004). Η συχνότητα τραυλισμού εκτιμάται σε περίπου 4–5%, με ποσοστό επικράτησης 1% (Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008) και υπάρχει αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών 4: 1 για τη διαταραχή στην ενηλικίωση.

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με την ASHA συναντάμε τους ακόλουθους τύπους τραυλισμού :

- Επανάληψη ενός ήχου της λέξης πχ ‘θ-θ-θ-θ θέλω να πιώ νερό’.
- Επανάληψη μιας συλλαβής της λέξης πχ ‘φε-φε-φε φεύγω μακριά’.
- Επιμηκύνσεις ήχων πχ ‘Ο ΣΣΣΣαμ είναι καλός’.
- Μπλοκαρίσματα ή παύσεις πχ ‘Θέλω ένα (παύση) μπισκότο’.

Αναφέρει επίσης πως υπάρχουν τύποι δυσροών που συμβαίνουν στους τυπικούς ομιλητές, αλλά δεν είναι τραυλισμός :

- Προσθήκη ήχου ή λέξης πχ ‘θέλω εμ να πάω στο σπίτι’.
- Επανάληψη ολόκληρων λέξεων πχ ‘λοιπόν λοιπόν, δεν συμφωνώ μαζί σου’.
- Επανάληψη φράσης πχ ‘αυτός είναι- αυτός είναι τεσσάρων χρονών’.
- Αλλαγή των λέξεων σε μια φράση, που ονομάζεται αναθεώρηση πχ ‘είχα- έχασα το δόντι μου’.
- Ανολοκλήρωτη φράση πχ ‘το όνομά του είναι ... δεν μπορώ να θυμηθώ’.

Ακόμη αναφέρει πως μπορεί να παρατηρηθούν και άλλες συμπεριφορές, όπως τίναγμα του κεφαλιού ή ανοιγοκλείσιμο ματιών. Τα άτομα που τραυλίζουν μπορεί μερικές φορές να χρησιμοποιούν τέτοιες συμπεριφορές για να σταματήσουν ή να αποφύγουν το τραύλισμα. Μπορεί ακόμη να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν συγκεκριμένες λέξεις ή χρησιμοποιούν διαφορετικές λέξεις από αυτές που θα χρησιμοποιούσαν με σκοπό την αποφυγή ενός επεισοδίου τραυλισμού.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ομαδοποιεί τα χαρακτηριστικά του τραυλισμού σε Πρωτογενή και Δευτερογενή.

Πρωτεύουσες συμπεριφορές (εμφανή χαρακτηριστικά ομιλίας):

- Επαναλήψεις: ήχου, συλλαβής, λέξης ή φράσης. Αντίστοιχα παραδείγματα: γ-γ-γ-άτα, μπα-μπα-μπα-μπάλα, δεν ξέρω-δεν ξέρω-δεν ξέρω.
- Επιμηκύνσεις: συνήθως είναι στην αρχή μιας λέξης, π.χ.:δδδδδδώρα.
- Μπλοκαρίσματα: ακατάλληλη διακοπή του εκπνεόμενου αέρα και της κίνησης των αρθρωτών, π.χ. π.....(διακοπή)....άρε.
- Παρεμβολές, π.χ. έφαγα..εεεε.... τυρί
- Επαναδιατυπώσεις (π.χ. το μωρό, το παιδί κλαίει)
- Ανολοκλήρωτες λέξεις, κυρίως όμως ως τρόπο αποφυγής από το άτομο, των παραπάνω τραυλικών επεισοδίων.

Δευτερεύουσες συμπεριφορές (οφείλονται στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει τις δυσρυθμίες που πραγματοποιεί-τρόπος διαφυγής):

- έντονο κλείσιμο ματιών,
- κούνημα/τίναγμα χεριών ή κεφαλής-γενικά μελών του σώματος,
- ένταση της φωνής,
- αύξηση ταχύτητας της ομιλίας,
- ένταση στη περιοχή του λαιμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ

2.1 ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο εξελικτικός τραυλισμός, αυτό στον οποίο οι περισσότεροι αναφερόμαστε όταν λέμε «τραυλισμός», είναι μία δυσκολία στη ροή της ομιλίας που εκδηλώνεται με επαναλήψεις φθόγγων, συλλαβών και λέξεων, επιμηκύνσεις φθόγγων και μπλοκαρίσματα κατά κύριο λόγο κατά την εκκίνηση μίας φράσης. Συχνά, τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από δευτερογενείς σωματικές συμπεριφορές στην προσπάθεια του παιδιού να «βγάλει» τη λέξη. Η δυσχέρεια στη ροή της ομιλίας εντείνεται σε στιγμές αναστάτωσης, όταν δηλαδή το παιδί είναι ταραγμένο ενώ προσπαθεί να αποδώσει γλωσσικά κάτι που έχει συμβεί.

Ο εξελικτικός τραυλισμός συνήθως εμφανίζεται στην προσχολική ηλικία, στην ηλικία μεταξύ 2-5 ετών που τα παιδιά αναπτύσσονται και μαθαίνουν με ταχύτατους ρυθμούς. Πολλά από τα παιδιά που ξεκινούν να τραυλίζουν ξεπερνούν τον τραυλισμό τους χωρίς βοήθεια (αυθόρμητη αποκατάσταση/αυτόματη ανάρρωση) και κάποια ακολουθώντας εξειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

2.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο ψυχογενής τραυλισμός, είναι μια διαταραχή με καθυστερημένη έναρξη, στο τέλος της εφηβείας ή αργότερα. Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι ξεκινάει τυπικά μετά από παρατεταμένη περίοδο άγχους ή μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Έχει χαρακτηριστεί ορισμένες φορές ως σύμπτωμα μετατροπής, δηλαδή, μία σωματική ή συμπεριφορική έκφραση μίας ψυχολογικής σύγκρουσης (Lazare, 1981). Τονίζεται ότι δεν αποτελεί μία συνειδητή, ηθελημένη συμπεριφορά του ατόμου, αλλά ακούσια.

2.3 ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΕΠΙΚΤΗΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο όρος «νευρογενής επίκτητος τραυλισμός» δείχνει ότι ο τραυλισμός που εκδηλώνεται προέρχεται ή οξύνεται από νευρολογική ασθένεια ή βλάβη. Τυπικά εκδηλώνεται μετά την παιδική ηλικία και το αίτιό του μπορεί να είναι ένα εγκεφαλικό, μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ένας όγκος, κάποια νόσος όπως Parkinson ή τοξικά φάρμακα. Επιπλέον, σύμφωνα με την Helm – Estabrooks (1999) ο νευρογενής τραυλισμός μπορεί να αποτελεί μία αρχική διαγνωστική ένδειξη ενός νευρολογικού προβλήματος.

2.4 ΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Χαρακτηρίζεται από αυξημένη ένταση στο χώρο του λάρυγγα και ελαφρές συσπάσεις των οργάνων άρθρωσης και φώνησης. Περιέχει συνεχή επανάληψη συλλαβών ή λέξεων κατά την διάρκεια της ομιλίας. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κυρίως στην αρχή της λέξης ή της πρότασης. Η επανάληψη των συλλαβών αντικατοπτρίζει τις δυσκολίες του ατόμου που τραυλίζει στη μετάβαση από το ένα φώνημα στο άλλο. Τα κλονικά συμπτώματα παρατηρούνται συχνότερα στις συλλαβές που αρχίζουν από σύμφωνα. (Αλεξάνδρου, 1988, Ανδρέου, 1994)

2.5 ΤΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ

Ο τονικός τραυλισμός είναι πιο βαριάς μορφής και πιο βασανιστικός σε σχέση με τον κλονικό τραυλισμό (Σερδάρης, 1998). Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται αυξημένος τόνος στους μύς των οργάνων του αρθρωτικοφωνητικού μηχανισμού (Ανδρέου, 1994), τα όργανα του λόγου μπλοκάρουν σημαντικά στην αρχική εκκίνηση της θέσης προφοράς και ο λόγος δεν μπορεί να αρχίσει (θ...θέλω π...πηγαίνω) (Σερδάρης, 1998). Δηλαδή, η δυσκολία έγκειται στο ξεκίνημα της ομιλίας παρά τις έντονες προσπάθειες που γίνονται από το άτομο που τραυλίζει και συνοδεύεται από κινήσεις του προσώπου, του λαιμού κ.τ.λ. (Δράκος, 1991). Τέλος, αυτή η μορφή τραυλισμού είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Τσιάντης, Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2000) και να προκαλέσει γενική ψυχική αναστάτωση στον ενήλικα που υποφέρει από αυτή (Ανδρέου, 1994).

2.6 ΚΛΟΝΙΚΟΤΟΝΙΚΟΣ – ΤΟΝΟΚΛΟΝΙΚΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ (ΜΙΚΤΟΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΣ)

Εδώ έχουμε μια μορφή όπου στο ίδιο άτομο συνυπάρχουν τόσο τα συμπτώματα του τονικού όσο και του κλονικού τραυλισμού. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν συγχρόνως σε δύο διαφορετικά σημεία στη περιοχή που παράγεται η ομιλία. Έτσι, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο να έχουμε ένα κλονικό σύμπτωμα στα όργανα άρθρωσης και συγχρόνως ένα τονικό σύμπτωμα που αφορά στο κλείσιμο της γλωττίδας (Αλεξάνδρου, 1988).

2.7 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗΣ ΤΑΧΥΛΑΛΙΑΣ (ΣΔΤ) – CLUTTERING

Σύμφωνα με τον Van Riper (1954) το σύνδρομο διακοπτόμενης ταχυλαλίας (ΣΔΤ) περιγραφόταν ως «...ένας χείμαρρος μισοαρθρωμένων λέξεων που ακολουθεί η μία την άλλη σαν τον αρακά που πέφτει από το κουτάλι». Με άλλα λόγια, το χαρακτηριστικό του ΣΔΤ, είναι η γρήγορη δυσκατάληπτη ομιλία. Η ομιλία των ατόμων με ΣΔΤ περιλαμβάνει εμβόλιμους τύπους, ανολοκλήρωτες φράσεις, επαναλήψεις λέξεων και φράσεων, αναθεωρήσεις και δισταγμούς – όλα συνήθως χωρίς μυϊκή ένταση. Ο ρυθμός ομιλίας του ατόμου με ΣΔΤ δεν είναι συνέχεια γρήγορος, αλλά βγαίνει με ξαφνικές ορμητικές εκρήξεις που είναι γεμάτες από κακή άρθρωση και δυσρυθμίες. Αντίθετα από τα άτομα με τραυλισμό, η ομιλία αυτών με ΣΔΤ γίνεται πιο ευχερής, αργή και κατανοητή, όταν τα άτομα καταβάλουν προσπάθεια να ελέγξουν τη διαταραχή τους, εάν κάποιος να το θέσει στην αντίληψή τους..

Αρκετές δημοσιεύσεις για το ΣΔΤ αναφέρουν ότι σε πολλές περιπτώσεις η διαταραχή χαρακτηρίζεται και από προβλήματα λόγου και μαθησιακές δυσκολίες (St. Louis, 1996, St. Louis, Raphael, Myers & Bakker, 2003, St. Louis, Myers, Bakker & Raphael, 2007, Ward & Scott, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

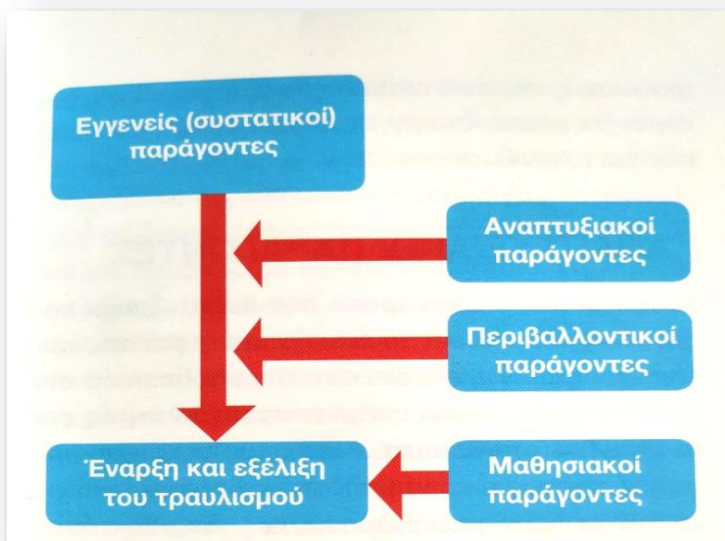
3.1 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Η πιο απλή απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση «Γιατί ορισμένα παιδιά τραυλίζουν;» είναι ότι «δε γνωρίζουμε». Όλες οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών δείχνουν ότι δεν υπάρχει ένας μοναδικός παράγοντας υπεύθυνος για την ανάπτυξη του τραυλισμού. Αντίθετα, αποτελεί κοινό τόπο μεταξύ των ερευνητών ότι αρκετοί είναι οι παράγοντες που ασκούν επιρροή τόσο στην έναρξη, όσο και στην εξέλιξη του τραυλισμού (βλέπε Conture, 2001; Gultar, 2006; Riley & Riley, 1979, Rustin et al, 1996; Smith & Kelly, 1997; Starkweather & Gottwald, 1990; Wall & Myers, 1990).

Είναι δυνατόν να κατανοήσουμε καλύτερα την αιτιολογία του τραυλισμού, εάν φανταστούμε ένα πολύ-παράγοντικό μοντέλο, το οποίο λειτουργεί ως εξής:

Αρχικά, υπάρχουν οι *εγγενείς (συστατικοί) παράγοντες*, οι οποίοι είναι η κληρονομικότητα, ένα συγγενές και πρώιμο παιδικό τραύμα, η εγκεφαλική δομή και λειτουργία, η αισθητηριακή επεξεργασία, ο αισθητικοκινητικός έλεγχος, η γλώσσα και το συναίσθημα. Έπειτα, υπάρχουν άλλοι παράγοντες, είτε στα ίδια τα παιδιά, είτε στο περιβάλλον τους, που δημιουργούν τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες αναδύεται για πρώτη φορά ο τραυλισμός και στη συνέχεια είτε εξαφανίζεται είτε επιδεινώνεται. Οι εγγενείς παράγοντες, λοιπόν, δημιουργούν την προδιάθεση, δηλαδή την ευαισθησία στην εκδήλωση της διαταραχής του τραυλισμού σε ένα παιδί, και αλληλεπιδρούν με τους *αναπτυξιακούς, περιβαλλοντικούς και μαθησιακούς* παράγοντες, για να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τον τραυλισμό, όπως αναπαριστάται στην Εικόνα 2.1

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι εγγενείς παράγοντες, που αναφέραμε παραπάνω, δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά η δράση του ενός επηρεάζεται από την δράση του άλλου και το ίδιο ισχύει για τους αναπτυξιακούς, περιβαλλοντικούς και μαθησιακούς. Επιπλέον, ούτε η μία ομάδα παραγόντων ούτε η άλλη είναι ικανές να προκαλέσουν τραυλισμό από μόνες τους, αλλά μόνο μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους.



Εικόνα 2. 1 Εγγενείς παράγοντες δημιουργούν αρχικά προδιάθεση και αλληλεπιδρούν με τους αναπτυξιακούς, περιβαλλοντικούς και μαθησιακούς παράγοντες για να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τον τραυλισμό (Gultar, 2014)

Ως εκ τούτου, σε κάθε αξιολόγηση ή θεραπεία οφείλουμε να θυμόμαστε ότι κάθε παιδί ή ενήλικας είναι ένα μοναδικό πρόσωπο και ο τραυλισμός του είναι αποτέλεσμα ενός μοναδικού συνδυασμού παραγόντων, οι οποίοι συντελούν στο πόσο ευάλωτο είναι ένα άτομο στον τραυλισμό αλλά και στην πιθανότερη πρόγνωση του.

3.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Με βάση τους αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι αναλύθηκαν στις παραπάνω ενότητες, έχουν αναπτυχθεί ανά τα χρόνια διάφορες θεωρίες για τον τραυλισμό. Οι θεωρίες αυτές αποτελούν το αποτέλεσμα της προσπάθειας των εκάστοτε επιστημόνων να δώσουν εξήγηση στις διάφορες πτυχές της φύσης του τραυλισμού.

Στην ενότητα αυτή, θα αναλύσουμε αδρά μερικές από αυτές τις θεωρίες.

3.2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗΣ

Μία από τις γνωστές θεωρίες που υποστήριζε το βιολογικό υπόβαθρο ως αιτιολογία του τραυλισμού είναι η θεωρία ότι ο τραυλισμός είναι διαταραχή εγκεφαλικής οργάνωσης. Η αντίληψη αυτή υποστηρίχθηκε αρχικά από κλινικούς του Πανεπιστημίου της Αϊόβα, τους Samuel Orton και Lee Travis, οι οποίοι παρατήρησαν πως πολλοί ασθενείς τους ήταν αριστερόχειρες και οι γονείς τους τους έκαναν δεξιόχειρες (Travis, 1931). Οι ερευνητές φαντάστηκαν ότι αυτή η αλλαγή προκάλεσε συγκρούσεις για τον έλεγχο της ομιλίας αφού κανένα από τα δύο ημισφαίρια δεν είχε πλήρη έλεγχο. Η θεωρία, λοιπόν, της ημισφαιρικής επικράτησης ή αλλιώς εγκεφαλικής κυριαρχίας, υποδηλώνει ότι στα άτομα που τραυλίζουν κανένα ημισφαίριο του εγκεφάλου δεν λαμβάνει ηγετικό ρόλο. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι μύες λαμβάνουν κατά κάποιον τρόπο σειρά αντιφατικών εισροών με αποτέλεσμα την παραγωγή κατακερματισμένης ομιλίας. Το άτομο αναπτύσσει ατυχή τακτική στο πλαίσιο της φυσιολογίας και της ψυχολογίας του για να χειριστεί αυτή τη νευρολογική σύγκρουση και αναπτύσσεται το τραύλισμα (Ham, 1986). Στην πραγματικότητα, ήταν μια θεωρία της αποτυχημένης εγκεφαλικής κυριαρχίας ή της μη-κυριαρχίας, επειδή υποστήριζε ότι ο τραυλισμός ήταν η άμεση συνέπεια μιας αναπτυξιακής αποτυχίας να επιτευχθεί πλευρική κυριαρχία των κέντρων ομιλίας. Στήριξη σε αυτήν την υπόθεση εγκεφαλικής οργάνωσης έδωσε και η θεωρία δύο νευρολόγων, των Geschwind και Galaburda, σύμφωνα με την οποία ο τραυλισμός, αλλά και άλλες διαταραχές λόγου και ομιλίας, προέρχονται από καθυστέρηση στην εμβρυϊκή ανάπτυξη του αριστερού ημισφαιρίου που είναι υπεύθυνο για το λόγο και την ομιλία (Geschwind και Galaburda, 1985). Ωστόσο, οι συγκεκριμένες αντιλήψεις δεν επαληθεύτηκαν ποτέ πλήρως.

3.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΟΓΕΝΗΣ ΘΕΩΡΙΑ

Η Διαγνωσογενής Θεωρία (Diagnosogenic Theory) διατυπώθηκε και υποστηρίχθηκε από τον ερευνητή Wendell Johnson και προσβέυει την συμβολή αποκλειστικά περιβαλλοντικών παραγόντων στον τραυλισμό και όχι βιολογικών, ενοχοποιώντας τις αρνητικές αντιδράσεις γονέων και ακροατών. Σύμφωνα με τον Johnson γονείς παιδιών που παρουσίαζαν φυσιολογικές δυσρυθμίες και άλλοι ακροατές διέγνωσαν εσφαλμένα τις επαναλήψεις στην ομιλία των παιδιών ως τραυλισμό, με αποτέλεσμα όχι μόνο να πανικοβάλλονται οι ίδιοι στην σκέψη αυτή, αλλά να πανικοβάλλουν και να αγχώνουν τα παιδιά. Έτσι, τα παιδιά συνειδητοποίησαν την δυσκολία τους σε τέτοιο βαθμό, ώστε η πίεση λόγω της λανθασμένης «διάγνωσης» των γονέων και η

προσπάθεια να μιλούν χωρίς καμία δυσρυθμία ενέτειναν τον τραυλισμό του παιδιού τους, με αποτέλεσμα αυτός να εξελίσσεται σε χρόνιο (Johnson, 1959). Αν αυτή η θεωρία ήταν απολύτως σωστή, δε θα μπορούσε να εξηγηθεί επαρκώς το μεγάλο ποσοστό παιδιών προσχολικής ηλικίας που ξεπερνούν τις δυσρυθμίες (Yairi και Ambrose, 1999).

3.2.3 ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ

Το Μοντέλο Απαιτήσεων και Ικανοτήτων (Demands and Capacities Model) αποτελεί ένα δημοφιλές μοντέλο εξήγησης του τραυλισμού (Adams, 1980, Andrews & Harris, 1964, Sheehan, 1975) στο οποίο μάλιστα στηρίχθηκαν αρκετές θεραπευτικές προσεγγίσεις, κυρίως για παιδιά προσχολικής ηλικίας (Chmela και Reardon, 2001, Healey et al., 2004). Το μοντέλο τονίζει την περιβαλλοντική επίδραση στη γένεση και εξέλιξη του τραυλισμού, όπως η προηγούμενη θεωρία. Συγκεκριμένα, υποστηρίζει πως η διαταραχή «γεννάται» όταν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος για ευχέρεια ομιλίας είναι μεγαλύτερες από τις υπάρχουσες ικανότητες του παιδιού (Adams, 1990). Ως απαιτήσεις δε νοούνται μόνο οι επιθυμίες των γονέων, αλλά και όπως ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας των επικοινωνιακών συντρόφων του παιδιού ή ακόμη και οι προσωπικές του απαιτήσεις για επιτυχία και αποδοχή από το περιβάλλον (Guitar, 2006, Starkweather, 1987). Πρόκειται για άλλη μία θεωρία που πιθανόν να εξηγεί περαιτέρω την πυροδότηση και εξέλιξη της διαταραχής, όχι, όμως και τη «γέννηση» της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ιστορικό

Σύμφωνα με τον Guitar (2005), κατά την αρχική αξιολόγηση είναι σημαντική η συλλογή γενικών πληροφοριών αλλά που έχουν καθοριστική σημασία και για την επιλογή θεραπείας. Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας αξιολογούνται οι παράγοντες κινδύνου που μπορεί να εμφανίζει το παιδί για να επιμείνει ο τραυλισμός, η σοβαρότητα και τα είδη των δυσροών και αν υπάρχουν δευτερεύουσες συμπεριφορές, όπως αρνητικά συναισθήματα για την ομιλία του. Επιπλέον εξετάζεται η ανησυχία των γονέων για τον τραυλισμό όπως επίσης και η διαθεσιμότητά τους για θεραπεία. Οι γονείς δίνουν αναλυτικό ιστορικό για την γενικότερη ανάπτυξη του παιδιού αλλά και για την έναρξη και εξέλιξη του τραυλισμού. Παράλληλα ζητείται από τους γονείς να στείλουν ένα δείγμα ομιλίας του παιδιού μέσα από την καθημερινότητά τους, διάρκειας 5-10 λεπτών. Το ιστορικό προηγείται της αξιολόγησης.

Αλληλεπίδραση γονέα -παιδιού

Ο κλινικός παρατηρεί τον έναν ή και τους δύο γονείς να εκτελούν δραστηριότητα με το παιδί. Αυτό επιτρέπει την απόκτηση ενός φυσικού δείγματος ροής ομιλίας όπως επίσης μπορεί ο κλινικός να παρατηρήσει αν το παιδί έχει επίγνωση και αν υπάρχουν αντιδράσεις στον τραυλισμό όπως αποφυγή. Ακόμη, μπορεί να εξετάσει αν οι γονείς το διακόπτουν ή το διορθώνουν, καθώς, και την ταχύτητα της ομιλίας. Η παρατήρηση στην κλινική συμπληρώνει τις παρατηρήσεις από το βίντεο που ήδη είχαν στείλει οι γονείς κατά το στάδιο της λήψης ιστορικού.

Συνέντευξη με γονείς

Κατά την συνέντευξη με τους γονείς, τους δίνεται η δυνατότητα να μιλήσουν για τον τραυλισμό του παιδιού και τις ανησυχίες τους. Χρησιμοποιούνται κυρίως ερωτήσεις ανοικτού τύπου καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να περιγράψουν όσα θέλουν με δικά τους λόγια. Ύστερα γίνονται ερωτήσεις, οι οποίες δίνουν πληροφορίες για την συνολική ανάπτυξη του παιδιού. Ζητάμε να συγκρίνουν την ανάπτυξη λόγου και ομιλίας του παιδιού τους με των συνομηλίκων του. Παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στον τραυλισμό, μεταξύ άλλων, είναι αν η κατάκτηση της γλώσσας έχει εξελιχθεί πιο γρήγορα και ο κινητός μηχανισμός της ομιλίας να μην μπορεί να το υποστηρίξει, είτε αν υπήρξε καθυστέρηση στην ανάπτυξη λόγου και ομιλίας, κάτι το οποίο μπορεί να επιφέρει απογοήτευση στο παιδί. Οι μειωμένες γλωσσικές δεξιότητες έχει αποδειχθεί ως προγνωστικός παράγοντας επίμονου τραυλισμού (Yairi et al. 1996).

Ένας άλλος παράγοντας που εξετάζεται είναι ο κινητός μηχανισμός και η αδρή και λεπτή κινητικότητα. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει βρεθεί αυξημένη κινητική δραστηριότητα των χειλιών στα άτομα που τραυλίζουν (Smith et al., 2012). Έχει υποστηριχθεί από την βιβλιογραφία πως κινητικά ελλείμματα αποτελούν παράγοντα επίμονου τραυλισμού (Olander et al., 2010).

Κλίμακες

Διαδεδομένες κλίμακες αξιολόγησης τραυλισμού είναι:

- **Iowa Scale for Rating the Severity of Stuttering** (Johnson et al., 1978)
Η συγκεκριμένη κλίμακα εξετάζει την χρονιότητα του τραυλισμού αλλά και την σοβαρότητα. Ως προς την δομή του χωρίζεται σε 5 τμήματα:
Α) Ιστορικό: οι γονείς δίνουν ιστορικό ως προς την έναρξη των συμπτωμάτων του τραυλισμού και την έντασή τους. Δίνουν πληροφορίες για οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού.
Β) Αντιδράσεις: αφορά τις αντιδράσεις των γονιών και του περιβάλλοντος και του ίδιου του παιδιού ως προς τον τραυλισμό
Γ) Επανάληψη τμήματος λέξεων
Δ) Επιμηκύνσεις
Ε) Συχνότητα: υπολογίζεται μετρώντας τις στιγμές τραυλισμού ανά 100 λέξεις συνεχόμενου λόγου
- **Silverman The Stuttering Problem Profile** (Το πορτραίτο του προβλήματος του τραυλισμού) σε αυτήν την κλίμακα υπάρχουν 86 προτάσεις με τις οποίες αξιολογούνται οι αντιλήψεις των ενηλίκων που τραυλίζουν ως προς το πρόβλημά τους (Dodge, 2000, Κάκουρος & Μανιαδάκη 2006).
- **Stuttering Severity Instrument for Children and Adults** (SSI- Riley, 1994)
με τις προαναφερθείσες κλίμακες αξιολογούμε την ύπαρξη και σοβαρότητα του τραυλισμού.

Ερωτηματολόγια

- **Ερωτηματολόγιο CAT**: Το ερωτηματολόγιο CAT (Brutten, 1984) σχεδιάστηκε με σκοπό να ανακαλύπτει τα συναισθήματα παιδιών που τραυλίζουν για την ομιλία τους ηλικίας 6 έως 15 χρονών.
Αποτελείται από 35 ερωτήσεις με επιλογή σωστού και λάθους.
- **SLS**: Το ερωτηματολόγιο SLS δημιουργήθηκε για παιδιά ηλικίας 6 έως 18 χρονών και υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάζουν γλωσσικές διαταραχές ή μαθησιακές διαταραχές. Συμπληρώνεται από γονείς, εκπαιδευτικούς, μαθητές. Με αυτό το ερωτηματολόγιο εξετάζεται επίσης και η στάση των παιδιών ως προς τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις με κλίμακα βαθμολόγησης 1 έως 7 για κάθε ερώτηση.

Τεστ

- **Τεστ Ικανοτήτων**: Γίνεται διάκριση ανάμεσα σε επίκτητες και έμφυτες ικανότητες του ατόμου. Περιλαμβάνει μια σειρά από τεστ (Κρουσταλλάκης, 1977):
 1. το τεστ κρίσεως και αντίληψης
 2. το τεστ μνήμης και εκμάθησης
 3. το τεστ προσοχής και διανοητικής κόπωσης

4. τα ψυχοκινητικά τεστ (ταχύτητα αντιδράσεων, ένταση κατά την εργασία κ.α.)
- **Τα τεστ γνώσεων:** Σε αυτήν την κατηγορία φαίνονται οι γνώσεις που έχει απομοιώσει το παιδί (Χασάπης, 1976):
 1. τα τεστ γενικής μορφώσεως.
 2. τα τεστ σχολικής μάθησης ή εκπαίδευσης: έλεγχος σχολικής επίδοσης για τυχόν αποτυχία και περιλαμβάνονται τα τεστ ανάγνωσης, τα τεστ γραφής και τα τεστ αριθμητικής. Αυτά είναι τα βασικότερα, υπάρχουν και υποδεέστερα, όπως είναι τα τεστ της Ιστορίας, της Φυσικής, καθώς και σε άλλα μαθήματα.
 3. τα τεστ προσωπικότητας, με τα οποία μελετάται η συναισθηματικής κατάσταση και ο χαρακτήρας του παιδιού. Λόγω του ότι απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία, τα συγκεκριμένα τεστ δεν προτιμώνται (Κρουσταλάκης, 1977).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια είναι κοινά αποδεκτό πως ο τραυλισμός μπορεί να εξηγηθεί πιο αποτελεσματικά από τα διάφορα πολυπαραγοντικά μοντέλα. Αυτό σημαίνει πως οι παράγοντες που συνθέτουν τον τραυλισμό δεν δρουν ξεχωριστά αλλά αλληλοεπηρεάζονται. Δεν πρόκειται επομένως, για μια ομοιογενή ομάδα όπως αναφερόταν στο παρελθόν και επομένως δεν μπορεί να έχει μια μόνο προσέγγιση θεραπείας. Συγκεκριμένα ο Starkweather (1999) πρότεινε πως το κύριο χαρακτηριστικό του τραυλισμού είναι η ετερογένειά του. Ο τραυλισμός μπορεί ακόμη, να επιδεινωθεί λόγω δυσκολίας στην ανάκληση των λέξεων, αρθρωτικών και συντακτικών δυσκολιών (Nirpold, 1990). Σύμφωνα με τους Arndt και Healey (2001) 40% των παιδιών με τραυλισμό είχαν συνοδά φωνολογικά ή και γλωσσικά προβλήματα. (American Journal of Speech-Language Pathology, 12, 243–253). Βασική αρχή για κάθε αξιολόγηση και θεραπεία για τον τραυλισμό είναι ο κλινικός να βρει τα στοιχεία εκείνα που επηρεάζουν περισσότερο την διαταραχή, καθώς η κάθε κλινική περίπτωση είναι διαφορετική. Ο κάθε άνθρωπος έχει μοναδικό προφίλ με σκέψεις, συναισθήματα, ικανότητες κ.ά. Ειδικότερα, ο Wingate (1964) υποστήριξε, ύστερα από έρευνα με 50 άτομα που τραύλιζαν και έλαβαν θεραπεία, πως υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ανάκαμψη. Ο ένας ήταν η αλλαγή στην στάση απέναντι στον τραυλισμό, όπου συμπεριλαμβάνεται η αυτοαξιολόγηση και ο αντίκτυπος του τραυλισμού στον εαυτό του ατόμου και η αποδοχή του καθώς και η πρακτική εξάσκηση στην ομιλία. Τα ευρήματα των ερευνητών Shearer και Williams (1965) παραλληλίζονται με τα ευρήματα των Wingate (1964) και Sheehan και Martyn (1966, 1970), σύμφωνα με τα οποία τα άτομα τα οποία έλαβαν θεραπεία είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και επίγνωση της δυσκολίας. Σύμφωνα με έρευνα του Finn (1996) υπάρχουν πέντε πρωταρχικοί παράγοντες για την ανάκαμψη του τραυλισμού. Έπειτα από ανάλυση ανακάλυψε πως η τροποποίησης της ομιλίας με καινούριο μοτίβο (79%), το κίνητρο (43%), οι περιβαλλοντικές αλλαγές (29%) και η αλλαγή της στάσης απέναντι στον εαυτό τους (14%) ήταν οι βασικοί παράγοντες οι οποίοι συνέβαλαν στην επιτυχή θεραπεία.

Περίπου το 75 % των παιδιών που ξεκινούν να τραυλίζουν, θα αναρρώσουν χωρίς κάποια θεραπευτική παρέμβαση (Kloth et al, 1999; Yairi & Ambrose, 1999). Η πρόκληση των θεραπειών είναι να αναγνωρίσουν εκείνα τα παιδιά που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εδραίωσης, ώστε να παρέχουν έγκαιρη παρέμβαση.

5.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Τα παιδιά, οι έφηβοι και οι ενήλικες που τραυλίζουν συχνά βιώνουν αρνητικά στερεότυπα και αντιδράσεις από τους ακροατές (Snyder, 2001) και πολλοί αναπτύσσουν αρνητικές στάσεις ως προς την ομιλία και βιώνουν την αποφυγή, την αγωνία ή το άγχος σε καταστάσεις ομιλίας (Peters & Starkweather, 1989). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η ισχυρότερη θεραπευτική επιλογή που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη (evidence-based practice) για τον τραυλισμό ενηλίκων είναι συμπεριφορικά προγράμματα για την ομιλία, τα οποία περιλαμβάνουν την αναδιάρθρωση του τρόπου ομιλίας (βλέπε Ingham, 1984; Onslow, 1996; Onslow, Jones, O'Brian, Menzies, & Packman, 2008; Packman, Onslow, & Menzies, 2000). Πολλές κριτικές αποδεικνύουν μεγάλη αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών σε μικρό ή μεγάλο βαθμό, είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα (Andrews, Guitar, & Howie, 1980). Όμως η μη διατήρηση των αποτελεσμάτων παραμένει ένα πρόβλημα (Craig & Hancock, 1995), καθώς τα άτομα που τραυλίζουν θεωρούν ή αισθάνονται την αναδιαρθρωμένη ομιλία ως μη τυπική και ότι σε ορισμένα περιβάλλοντα μπορεί να διστάσουν να την χρησιμοποιήσουν.

Επιπλέον, ακόμη και όταν καταφέρουν να αποκτήσουν έλεγχο στην ομιλία τους με θεραπεία συνεχίζουν να θεωρούν τον εαυτό τους ως άνθρωπο που τραυλίζει (Cream, Onslow, Packman, & Llewellyn, 2003)

1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ LIDCOMBE

Το πρόγραμμα Lidcombe είναι μια μέθοδος πρώιμης παρέμβασης για τον τραυλισμό. Πρόκειται για έμμεση θεραπεία καθώς ο θεραπευτής δίνει οδηγίες στους γονείς και εκείνοι υλοποιούν το πρόγραμμα με το παιδί τους στο καθημερινό περιβάλλον. Οι γονείς είναι σε διαρκή επίβλεψη και καθοδήγηση από τον λογοθεραπευτή (Swift, O' Brian, Hewat, Onslow, Packman, & Menzies 2011, Packman, Onslow, Webber, Harrison, Arnott, Bridgman, Carey, Sheedy, O' Brian, MacMillan, Lloyd, 2016). Χρησιμοποιείται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αρχικό/ ήπιο τραυλισμό (Onslow, Costa & Rue, 1990, Onslow, Packman & Harrison, 2003). Είναι μια συμπεριφορική μέθοδος και ενδείκνυται για παιδιά ηλικίας μέχρι 6 ετών (Hayhow 2009, 20). Βασίζεται σε διαδικασίες συντελεστικής μάθησης τις οποίες εκτελούν οι γονείς στο σπίτι και ελέγχονται κάθε εβδομάδα από τον κλινικό. Κατά την διαδικασία της θεραπείας στόχος είναι να προκαλείται στο παιδί περισσότερη ομιλία με μεγαλύτερη ευχέρεια στην ροή και λαμβάνει κυρίως θετική ενίσχυση. Οι γονείς κάνουν σχόλια χωρίς να διορθώνουν τον τρόπο ομιλίας του παιδιού, χρησιμοποιούν επαίνους όταν υπάρχει καλή ροή ή εκφράζουν αίτημα για αυτοαξιολόγηση (π.χ. «ήταν αυτό απαλό;») τα οποία χρησιμοποιούνται μόνο όταν έχει ευχέρεια στην ομιλία. Όταν υπάρχουν επεισόδια τραυλισμού ο γονέας κάποιες φορές το αναγνωρίζει και κάνει σχόλια ή απαιτεί με ευγενικό τρόπο αυτοδιόρθωση όπως για παράδειγμα «μπορείς να πεις πάλι την λέξη;». Αρχικά πραγματοποιούνται δομημένες συζητήσεις γονέα παιδιού και στη συνέχεια μεταφέρεται σε καθημερινές πιο ελεύθερες συζητήσεις.

2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ

Μια αποτελεσματική μέθοδος για την θεραπεία παιδιών προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν είναι και η προσέγγιση της Sheryl Gottwald (2010). Στοχεύει στην θεραπεία του παιδιού και του περιβάλλοντος και διαφέρει από το πρόγραμμα Lidcombe το οποίο στοχεύει στο παιδί κυρίως. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση ο τραυλισμός αποδίδεται σε συνδυασμό απαιτήσεων που δέχεται το παιδί από το περιβάλλον σε συνδυασμό με την ικανότητά του για καλή ροή ομιλίας.

Τροποποίηση του Περιβάλλοντος

Στόχος είναι η μείωση των απαιτήσεων στο περιβάλλον του παιδιού από τους γονείς ώστε να ενισχυθεί η ευχέρεια στην ομιλία. Ο κλινικός ενθαρρύνει τους γονείς ώστε να γίνεται ανοιχτή συζήτηση για τον τραυλισμό του παιδιού όταν δυσκολεύεται να πει τις λέξεις, με σκοπό την απευαισθητοποίηση των αρνητικών συναισθημάτων και των γονέων και του παιδιού.

Παιδιά που τραυλίζουν με ελάχιστη προσπάθεια

Αρχικά ο θεραπευτής δημιουργεί ένα πλαίσιο ευχάριστο για το παιδί και παίζουν παιχνίδια. Μέσα από το παιχνίδι ο θεραπευτής δείχνει το μοντέλο αργής ομιλίας και χρησιμοποιεί παύσεις. Δημιουργεί συνθήκες οι οποίες έχουν ελάχιστες γλωσσικές απαιτήσεις από το παιδί, όπως για παράδειγμα να χρειάζονται μόνο μικρές απλές προτάσεις και μαθαίνει να μιλά πιο αργά και χαλαρά. Αφού νιώσει άνετα με αυτό το παιχνίδι ύστερα δημιουργεί ο θεραπευτής συνθήκες

στις οποίες αυξάνονται οι γλωσσικές απαιτήσεις με πιο πολύπλοκα εκφωνήματα. Σε περιστατικά όπου ο τραυλισμός εμμένει ο κλινικός τα εκπαιδεύει να τραυλίζουν με πιο άνετα τρόπο, για παράδειγμα 'κα- κάπως έτσι'.

Παιδιά που τραυλίζουν μέτρια ή με σοβαρή προσπάθεια

Σύμφωνα με την Gottwald στα παιδιά που τραυλίζουν με μεγάλη ένταση πρωταρχική σημασία έχει να μιλήσουν για τον τραυλισμό, ώστε να αντιληφθούν τι κάνουν όταν τραυλίζουν. Ο κλινικός παίζει παιχνίδια μαζί τους και ίσως αρχίζουν να τραυλίζουν επίτηδες. Ο κλινικός επιβραβεύει τον τραυλισμό και το παιδί αρχίζει σταδιακά να αλλάζει τα αρνητικά συναισθήματα που πιθανόν να είχε για τον τραυλισμό. Έτσι τα επεισόδια τραυλισμού γίνονται πιο χαλαρά και αντικαθιστούν τα έντονα επεισόδια τραυλισμού.

Ολοκλήρωση της θεραπείας

Η θεραπεία ολοκληρώνεται όταν έχουν κατακτηθεί 2 βασικές συνθήκες.

A. Όταν οι αλλαγές στο περιβάλλον έχουν φέρει θετικά αποτελέσματα στην ροή της ομιλίας και έχουν ελαττωθεί οι πηγές που προκαλούσαν άγχος και

B. Όταν τα συμπτώματα δυσροών του παιδιού έχουν μειωθεί σε τέτοιο βαθμό όπου υπάρχει φυσιολογική δυσροή και περιστασιακά ήπια συμπτώματα τραυλισμού.

3. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Συντελεστική μάθηση

Σύμφωνα με τον Guitar στην θεραπεία χρησιμοποιούνται διαδικασίες συντελεστικής μάθησης, κατά τις οποίες υπάρχει επιβράβευση και ενίσχυση κατά την διάρκεια ευχέρειας στην ροή της ομιλίας και ήπια μορφή τιμωρίας στις στιγμές τραυλισμού. Η επιβράβευση είναι είτε λεκτική είτε υλική. Στις στιγμές όπου υφίσταται τραυλισμός υπάρχει ήπιας μορφής τιμωρία με απλή επισήμανση ενός επεισοδίου είτε με επανάληψη της λέξης που υπήρξε δυσκολία. Οι προαναφερθείς τεχνικές χρησιμοποιούνται σε συνάρτηση με την πολυπλοκότητα των εκφορών. Αρχικά ξεκινάμε με παραγωγή μίας ή δύο λέξεων με ευχέρεια και ύστερα αυξάνεται η πολυπλοκότητα.

Παρατεταμένη ομιλία

Μία ακόμη τεχνική είναι η «παρατεταμένη ομιλία». Πρωτοαναφέρθηκε από τους Francis Bacon στα τέλη του 1700 (Siegel, 2007). Στην συγκεκριμένη τεχνική ξεκινάμε με έναν πολύ αργό ρυθμό ομιλίας και επιτυγχάνεται ευχέρεια στην ροή. Ύστερα, αρχίζει και αυξάνεται ο ρυθμός σε σημείο που να μοιάζει με την «φυσιολογική» ροή ομιλίας. Σταδιακά αυξάνεται το επίπεδο δυσκολίας σε όλο και πιο δύσκολες συνθήκες ομιλίας. Η παρατεταμένη ομιλία στοχεύει κυρίως σε αύξηση της ευχέρειας και όχι στην μείωση των συμπτωμάτων

4. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Σε περιστατικά όπου καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια, ένταση και υπάρχουν συμπεριφορές αποφυγής των επεισοδίων τραυλισμού χρησιμοποιούνται οι συγκεκριμένες τεχνικές. Στόχος είναι η μείωση των συμπτωμάτων με την χρήση επιβράβευσης και ήπιας τιμωρίας, ώστε να μειωθεί η ένταση και η διάρκεια. Για την επίτευξη του στόχου γίνεται, επίσης, συστηματική προσπάθεια μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων (Guitar, 2014).

Απευαισθητοποίηση

Σύμφωνα με τον Van Ripper ύψιστη σημασία για να μειωθεί η σοβαρότητα του τραυλισμού έχει η θεραπευτική σχέση του θεραπευτή με το περιστατικό. Υπάρχουν δύο βασικές συνιστώσες στην θεραπεία: α) εκπαίδευση του θεραπευόμενου για τροποποίηση της συμπεριφοράς τραυλισμού και β) η εκπαίδευσή του για μείωση των αποφυγών και των αρνητικών συναισθημάτων (Guitar, 1998, Hulit, 1996, Shapiro, 1999). Κατά την διάρκεια αυτού του σταδίου ο Van Ripper προσπαθούσε να κάνει τον πελάτη να αισθανθεί άνετα με τον τραυλισμό του, να μειώσει τους φόβους και τα αρνητικά συναισθήματά του. Συγκεκριμένα έδινε στο περιστατικό χρόνο να εκφραστεί και να μιλήσει περισσότερο από ότι εκείνος. Σύμφωνα, ακόμη, με τους Hill (1978) και Hill και O'Brien (1999) η ομιλία των πελατών κατά την διάρκεια της θεραπείας ήταν περίπου 60-70%, ενώ των θεραπευτών 30-40%. Αυτό βοηθάει τα περιστατικά να διερευνήσουν τους προβληματισμούς τους και τους θεραπευτές να επικεντρωθούν στις δυσκολίες των πελατών.

Αναγνώριση

Κατά την διάρκεια του σταδίου αναγνώρισης ο πελάτης αναγνωρίζει, κατηγοριοποιεί και ομαδοποιεί μη επιφανειακές συμπεριφορές, στάσεις και συναισθήματά του. Ο ρόλος του κλινικού είναι να κατανοήσει, να συναισθανθεί αλλά και να αντιπαρατεθεί σε αυτά με ήπιο τρόπο ως σύμβουλος του ατόμου που τραυλίζει. Αποτελεί το διερευνητικό μέρος της θεραπείας και σύμφωνα με τον Van Ripper οι κλινικοί δεν πρέπει να βιαστούν να προχωρήσουν στα επόμενα στάδια, καθώς αποτελεί την βάση της θεραπείας. Ύστερα ο κλινικός δίνει συμβουλές και λεκτικά μοντέλα που εκτελούνταν σε διάφορες δραστηριότητες. Καθοδηγούσε τους θεραπευόμενους να αναγνωρίζουν στιγμές ήπιου τραυλισμού, στιγμές καλής ροής, και αποφυγές. Οι δραστηριότητες εκτελούνταν και εκτός κλινικής, όπου ο πελάτης αναλάμβανε να φέρει εις πέρας μέχρι την επόμενη συνάντηση. Επιπροσθέτως χρησιμοποιούσε κλειστού τύπου ερωτήσεις ώστε να κατανοήσει το πώς νιώθει το περιστατικό αλλά και γιατί προειδοποιούν τον ίδιο τον πελάτη για τις πραγματικές και αναμενόμενες συμπεριφορές- συναισθήματα για τον τραυλισμό. Σε περίπτωση που ο θεραπευόμενος δεν αναγνώριζε κάποια συμπεριφορά τραυλισμού τότε γρήγορα ο κλινικός τον ρώταγε αν πρόσεξε κάποιο επεισόδιο που διέφυγε της προσοχής του. Η αντιπαράθεση βοηθούσε στην ανάληψη τα ευθύνης της θεραπείας αλλά και τελικά τις αλλαγές τις οποίες θα ζητούσε ο πελάτης να κάνει.

Αντιμετώπιση

Ο Van Ripper αρχικά ζητούσε από τον πελάτη να του δώσει πληροφορίες σε ποιο σημείο συμβαίνει ο τραυλισμός. Ύστερα τον ρωτούσε γιατί επέλεξε να τραυλίζει με τον συγκεκριμένο τρόπο. Τέλος ο κλινικός ρωτούσε τον θεραπευτή γιατί τραυλίζει με τον συγκεκριμένο τρόπο με σκοπό να δοθούν στον πελάτη καινούριες εξηγήσεις για τον τραυλισμό του.

Τροποποίηση

Τα επόμενα στάδια αφορούν την αναδιαμόρφωση του τραυλισμού ή την διάσπαση των στερεοτύπων. Χρησιμοποιούσε πάλι τα ίδια λεκτικά πρότυπα. Στόχος ήταν να ανακαλύψει ο πελάτης μόνος του, από τις απαντήσεις που θα έδινε στον θεραπευτή, τους τρόπους και τις επιλογές που διαθέτει για να αλλάξει τον τραυλισμό. Η αλλαγή επιτυγχανόταν μέσα από δραστηριότητες που έκανε ο πελάτης με μικρή καθοδήγηση από τον κλινικό.

Σταθεροποίηση

Το στάδιο της σταθεροποίησης αφορά τις ανάγκες του πελάτη να ενσωματώσει τις γνώσεις τις οποίες απέκτησε και στην καθημερινότητάς του. Ο κλινικός συνέχιζε να δείχνει τα λάθη και να ενισχύει τις συμπεριφορές – στόχους. Βοηθά τον πελάτη να αναπτύξει νέα σχέδια αλληλεπίδρασης, αξιολογώντας την αποτελεσματικότητά τους και εφαρμόζοντας νέα μοτίβα ομιλίας τα οποία προσδίδουν αίσθηση ‘ελέγχου’.

5. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΟΥ ΜΕΙΩΝΟΥΝ ΤΙΣ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ

Σύμφωνα με τον Guítar μία ενδεδειγμένη θεραπευτική πρακτική είναι η γνωσιακή θεραπεία. Βοηθά τα περιστατικά να σκέφτονται περισσότερο θετικά για την ομιλία τους και να τροποποιήσουν τους φόβους για περιβάλλοντα που παλαιότερα τους προκαλούσαν άγχος εάν καλούνταν να μιλήσουν. Εκπαιδεύονται στο να κατανοούν καλύτερα στο να επεξεργάζονται ερμηνεύουν τις σκέψεις τους, τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται και το πώς αυτοί οι τρόποι επηρεάζουν τα συναισθήματά τους.

6. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΑΠΟΦΥΓΗΣ

Ορισμένα άτομα που τραυλίζουν όταν εκπαιδεύονται και μιλούν με περισσότερη ευχέρεια, συνήθως εύκολα μεταβαίνουν σε συνθήκες ομιλίας χωρίς δισταγμό και χωρίς την αναμονή δυσκολίας. Ορισμένα άτομα που τραυλίζουν είτε λόγω αποτέλεσμα μάθησης είτε λόγω ιδιοσυγκρασίας συναντάνε δυσκολία. Η δυσκολία αυτή εντοπίζεται κυρίως στον προχωρημένο τραυλισμό. Στόχος είναι η εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων για τον τραυλισμό αλλά και τον φόβο για τις αντιδράσεις των συνομιλητών. Ο Guítar προτείνει την επιβράβευση με υποστήριξη ή έπαινο όταν τα άτομα που τραυλίζουν εντοπίζουν ένα επεισόδιο τραυλισμού τους και εμμένουν σε αυτό. Ακόμη προτείνει εκούσιο τραυλισμό με σκοπό την απευαισθητοποίηση και την μείωση του φόβου που έχουν για τις αντιδράσεις των ακροατών. Η συγκεκριμένη τεχνική είναι βοηθητική, καθώς όταν τραυλίζει εκούσια το άτομα που τραυλίζει και μιμείται τον τραυλισμό του έχει την αίσθηση του ελέγχου του επεισοδίου τραυλισμού, που παλαιότερα προκαλούσε μεγάλο φόβο και αίσθηση μη ελέγχου στην ομιλία. Τονίζει όμως, πως η μείωση του φόβου δεν είναι αρκετή. Πρέπει να εκπαιδεύονται με νέους τρόπους και νέες αντιδράσεις σε παλιά ερεθίσματα όταν επιστρέφει ο φόβος και ως επακόλουθο - οι αποφυγές (Ayles, 1998). Προτείνει την μείωση του ρυθμού ομιλίας την στιγμή που λέει την λέξη στην οποία αναμένει επεισόδιο τραυλισμού. Ένας δεύτερος τρόπος που προτείνει είναι η «επιβράδυνση του ρυθμού ομιλίας» πριν επιχειρήσει να πει μια δύσκολη λέξη. Τα άτομα που τραυλίζουν έχει παρατηρηθεί πως μπορεί να αποφύγουν και καταστάσεις ομιλίας στις οποίες φοβούνται πως θα τραυλίσουν. Βοηθητικό, σύμφωνα με τον Guítar, είναι να γίνει μια λίστα ιεράρχησης της δυσκολίας ανάλογα με το περιβάλλον. Ύστερα σταδιακά γίνεται έκθεση ομιλίας σε αυτά τα περιβάλλοντα για να μειωθεί ο φόβος και η αποφυγή.

7. PALIN PARENT CHILD INTERACTION THERAPY

Η θεραπευτική προσέγγιση του συγκεκριμένου προγράμματος βασίζεται στο πολυπαραγοντικό μοντέλο για τον τραυλισμό, σύμφωνα με το οποίο υπάρχουν πολλοί

παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση του τραυλισμού στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Συγκεκριμένα οι παράγοντες αυτοί είναι: περιβαλλοντικοί, οργανικοί, γλωσσικοί και ψυχολογικοί. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 2 έως 7 ετών και προτείνεται για τα παιδιά εκείνα που έχουν υψηλό κίνδυνο εδραίωσης του τραυλισμού. Έχει διάρκεια 12 εβδομάδες οι 6 εκ των οποίων πραγματοποιούνται στην κλινική με τον θεραπευτή και με τους γονείς και οι άλλες 6 στο σπίτι και είναι η περίοδος ενσωμάτωσης.

8. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΡΟΗΣ ΤΗΣ ΟΜΙΛΙΑΣ – FLUENCY ENHANCING TECHNIQUES

Οι τεχνικές Ενίσχυσης Ροής αποτελούν λιγότερο παρεμβατική άμεση προσέγγιση (συγκριτικά με την Τροποποίηση Τραυλισμού) και επιλέγεται συνήθως σε παιδιά με ήπιο και μέτριο τραυλισμό, αλλά συνδυαζόμενα μπορεί να αποδώσει ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα και σε σοβαρότερες περιπτώσεις τραυλισμού.

ΕΥΚΟΛΗ ΕΝΑΡΞΗ

Η *Εύκολη Έναρξη* ανήκει στις τεχνικές Ενίσχυσης Ροής και βοηθά το άτομο που τραυλίζει να είναι ικανό να ξεκινήσει μία λέξη, μία φράση ή μία πρόταση πιο «εύκολα» και με λιγότερη μυϊκή ένταση. Η εύκολη εκκίνηση δεν χρησιμοποιείται σε κάθε λέξη, αλλά στη αρχή της φράσης. Ουσιαστικά το παιδί στην αρχή της εκπαίδευσης εξασκείται στο να «τραβάει» αρκετά τους πρώτους ήχους μίας λέξης (π.χ. γγγάααα) για να νιώσει την μειωμένη μυϊκή ένταση και ύστερα από πολλή εξάσκηση η διάρκεια των πρώτων ήχων μειώνεται ώστε η ομιλία να είναι ακούγεται φυσική. Είναι σημαντικό τα παιδιά να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν την τεχνική και εκτός του θεραπευτικού περιβάλλοντος.

ΑΠΑΛΗ ΑΡΘΡΩΤΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

Η *Απαλή Αρθρωτική Επαφή* είναι μία τεχνική Ενίσχυσης Ροής και στοχεύει στην ανάπτυξη της ικανότητας του ατόμου που τραυλίζει να φέρνει σε επαφή τους αρθρωτές του με λιγότερη ένταση και πίεση στους μύες, ώστε να αυξηθεί η ροή της ομιλίας, να προστεθεί ρευστότητα και ευφράδεια στην επικοινωνία του ατόμου διατηρώντας την φυσικότητα.

Άλλες τεχνικές Ενίσχυσης Ροής είναι οι εξής:

- **Πιο αργός ρυθμός ομιλίας (Slower speech rates)**
- **Μοτίβα χαλαρής αναπνοής (Relaxed breath patterns)**
- **Αργός/«τεντωμένος» λόγος (Slow/stretched speech)**
- **Παύση και διατύπωση (Pausing and phrasing)**

9. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ – STUTTERING MODIFICATION TECHNIQUES

Οι τεχνικές Τροποποίησης Τραυλισμού αποτελούν άμεση εκπαίδευση στην θεραπευτική διαχείριση του τραυλισμού εστιάζοντας στις στιγμές των τραυλικών επεισοδίων. Αφορά σε περιπτώσεις παιδιών με σοβαρότερη συμπτωματολογία και συνήθως μεγαλύτερη ηλικία.

ΑΚΥΡΩΣΗ – CANCELLATION

Η *Ακύρωση (Cancellation)* πρόκειται για μία τεχνική τροποποίησης του τραυλισμού η οποία προτάθηκε από τον Van Riper το 1973. Η ακύρωση χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια, κυρίως, ως στρατηγική που βοηθά τα άτομα που τραυλίζουν να αλλάξουν, να μειώσουν την σωματική ένταση που βιώνουν κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου τραυλισμού στον μηχανισμό της ομιλίας τους, μετά το επεισόδιο αυτό. Πιο συγκεκριμένα, όταν το άτομο βιώσει επεισόδιο τραυλισμού στην εκφορά μίας λέξης, αμέσως μετά το επεισόδιο, επιστρέφει στην λέξη αυτή και την λέει ξανά, αυτή τη φορά με διαφορετικό είδος τραυλισμού, το οποίο είναι πιο «εύκολο», με λιγότερη σωματική ένταση.

Ο Van Riper (1973) πρότεινε την ακύρωση ως έναν από τρεις τρόπους τροποποίησης της έντασης κατά την ομιλία:

1. Πριν συμβεί η σωματική ένταση/ το επεισόδιο τραυλισμού: Προπαρασκευαστικά σύνολα (Preparatory set)
2. Κατά την διάρκεια της σωματικής έντασης/ του επεισοδίου τραυλισμού: Υποχώρηση (Pull-out)
3. Μετά την σωματική ένταση/ το επεισόδιο τραυλισμού: Ακύρωση (Cancellation)

ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ – PULL-OUT

Η *Υποχώρηση (Pull-out)* αποτελεί μία τεχνική τροποποίησης του τραυλισμού (Van Riper, 1973), η οποία χρησιμοποιείται για να βοηθήσει το άτομο που τραυλίζει να αλλάξει την σωματική ένταση στον μηχανισμό της ομιλίας του κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου τραυλισμού. Η υποχώρηση περιλαμβάνει τρία βήματα:

1. Το άτομο εντοπίζει την στιγμή του τραυλισμού.
2. Το άτομο παραμένει στην στιγμή αυτή τόσο, ώστε να αναγνωρίσει την τοποθεσία της σωματικής έντασης.
3. Το άτομο «ξεγλιστρά» (slide-out) από την στιγμή έντασης κατά την διάρκεια του επεισοδίου τραυλισμού, ολοκληρώνοντας αργά και «εύκολα» την λέξη.

ΠΡΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΟΛΑ – PREPARATORY SET

Τα *Προπαρασκευαστικά Σύνολα (Preparatory Set)*, είναι μία ακόμη στρατηγική τροποποίησης του τραυλισμού (Van Riper, 1973), η οποία σχεδιάστηκε για να βοηθά στην αύξηση ή ενίσχυση της ευχέρειας της ομιλίας μειώνοντας την σωματική ένταση πριν από ένα επεισόδιο τραυλισμού. Σύμφωνα με τον Van Riper, πολλές φορές τα άτομα που τραυλίζουν αναπτύσσουν ένα τεταμένο προπαρασκευαστικό στήσιμο του σώματος και του μηχανισμού της ομιλίας, εν μέρει εξαιτίας του ιστορικού τους με τον τραυλισμό. Έτσι, συνηθίζουν να «σφίγγουν», να δημιουργούν ένταση στους μύες τους, καθώς προετοιμάζονται να προσπαθήσουν να εξαναγκάσουν την εκφορά των λέξεων. Ωστόσο, όπως γνωρίζουμε, η αυξημένη μυϊκή ένταση δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την ομιλία, επομένως, αυτό που προτείνει ο Van Riper είναι η

μείωση της έντασης αυτής πριν από την έναρξη ενός ήχου, μιας λέξης ή μιας φράσης, ώστε οι μύες να μην είναι «κλειδωμένοι». Αυτό που επιδιώκουμε με την συγκεκριμένη τεχνική δεν είναι η χαλάρωση των μυών, αλλά οι μύες να είναι σε θέση ετοιμότητας, χωρίς να είναι τεταμένοι, πριν την έναρξη του εκφωνήματος.

Εάν η αυξημένη σωματική ένταση προέρχεται από το άγχος και τον φόβο του ατόμου για τον τραυλισμό του, τότε τα συναισθήματα αυτά είναι η προτεραιότητα στην θεραπεία και επομένως στοχεύουμε στην απευαισθητοποίηση.

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στο Πανεπιστήμιο Misericordia της Πενσυλβάνια το 2008 πραγματοποιήθηκε μία μελέτη από τους Glen M. Tellis, Lisa Bressler και Katrina Emerick με σκοπό να εξετάσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες λογοθεραπευτών, οι οποίοι εργάζονται σε σχολεία, για την αξιολόγηση και την θεραπεία του τραυλισμού. Στην έρευνα συμμετείχαν 255 σχολικοί λογοθεραπευτές, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο 49 ερωτήσεων που απευθύνονταν σε συγκεκριμένες πτυχές της αξιολόγησης και της θεραπείας καθώς και σε γενικές γνώσεις σχετικά με τον τραυλισμό. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από 17 ερωτήσεις που εκμαίευαν δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες επαγγελματικού και εκπαιδευτικού υπόβαθρου, 12 ερωτήσεις τύπου Likert (με γραμμική κλίμακα) και 37 ερωτήσεις «ναι/όχι».

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 87,8% είχε πτυχία MA/MS, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την άσκηση του επαγγέλματος στις ΗΠΑ, το 9,4% είχε BA/BS πτυχία, 0,8% είχαν διδακτορικά και 2% είχαν άλλα πτυχία. Από το σύνολο, το 64,7% είχε το CCC (certificate of clinical competence) τους. Η πλειοψηφία (95,0%) από τους 255 λογοπαθολόγους είχε προηγουμένως παρακολουθήσει μαθήματα διαταραχών ροής, ωστόσο, μόνο το 15,2% παρακολούθησε για μισό εξάμηνο, 46,9% παρακολούθησε ένα πλήρες εξάμηνο και το 34,3% δεν είχε εκπονήσει εργασία σχετική με τις διαταραχές ροής. Επίσης, το 17,6% δεν είχε διαλέξεις ή είχε μερικές διαλέξεις μεταπτυχιακών μαθημάτων σε διαταραχές ροής, το 11,1% είχε μισό εξάμηνο μεταπτυχιακών μαθημάτων και το 67,1% είχε λάβει ένα πλήρες εξάμηνο μεταπτυχιακής εργασίας.

Ο μέσος όρος ετών εμπειρίας που αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες ήταν 16,37 και η μέση εμπειρία ετών εργασίας με παιδιά που τραύλισαν ήταν 10,96. Κατά μέσο όρο, οι λογοπαθολόγοι είχαν θεραπεύσει μόνο 12 παιδιά που τραύλιζαν καθ' όλη τη διάρκεια της καριέρας τους και είχαν κατά μέσο όρο ετησίως δύο παιδιά που τραύλιζαν. Ο μέσος ετήσιος αριθμός περιστατικών σε θεραπεία ήταν 47.

Είναι ενθαρρυντικό να σημειωθεί ότι το 92,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θα μπορούσαν να εντοπίσουν τη διαφορά μεταξύ τραυλισμού και φυσιολογικών δυσρυθμιών, το 88,4% εμπλέκει γονείς στη θεραπεία, το 81,5% εμπλέκει εκπαιδευτικούς στη θεραπεία, το 71,4% πίστευε ότι ο τραυλισμός δεν προκαλείται επειδή οι άνθρωποι μιλούν γρηγορότερα από όσο νομίζουν, το 66% συμφώνησε ότι οι γονείς δεν πρέπει να λένε στα παιδιά που τραυλίζουν να πάρουν μια ανάσα πριν μιλήσουν, το 78,3% δήλωσε ότι οι γονείς δεν πρέπει να λένε στα παιδιά που τραυλίζουν να σκέφτονται πριν μιλήσουν, και το 62,3% δήλωσε ότι ο τραυλισμός δεν προκαλείται από ψυχολογικά προβλήματα.

Από τους 255 λογοθεραπευτές, το 37,3% δήλωσε ότι δεν μπορούσε να προσδιορίσει με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά έναρξης του τραυλισμού, το 75,1% δεν γνώριζε την συχνότητα εμφάνισης του τραυλισμού στο γενικό πληθυσμό, το 80,7% δεν γνώριζε εάν η θεραπεία του τραυλισμού καλύπτεται από την ασφάλιση, το 87,3% δεν γνώριζε τις τελευταίες έρευνες γενετικής σχετικά με τον τραυλισμό, το 77,9% δεν γνώριζε για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις των βοηθητικών συσκευών τραυλισμού (π.χ. Speech Easy), το 68,5% δεν γνώριζε συγκεκριμένους ιστότοπους (π.χ., The Stuttering Home Page) και το 78,2% δεν είχε ακούσει για το πρόγραμμα Lidcombe. Από όλους τους 255 ερωτηθέντες, το 46,3% δεν είχε ακούσει ποτέ για το Τμήμα Ειδικού Ενδιαφέροντος στις Διαταραχές Ροής της ASHA ή για την Πιστοποίηση

Fluency Specialist και το 68,4% δεν ήξερε πώς επικοινωνήσει με έναν Αναγνωρισμένο Ειδικό στις Διαταραχές Ροής (Board Recognized Specialist in Fluency Disorders, BRS-FD).

Παραδόξως, το 68,8% όλων των λογοθεραπευτών ανέφερε ότι ήξερε πώς να διδάξει τεχνικές τροποποίησης τραυλισμού (stuttering modification techniques). Ωστόσο, το 60,0% δεν ήξερε πώς να διδάξει τις ακυρώσεις (cancellations), το 51,2% δεν ήξερε πώς να διδάξει τις υποχωρήσεις (pull-outs) και το 68,5% δεν ήξερε πώς να διδάξει προπαρασκευαστικά σύνολα (preparatory sets). Οι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν, επίσης, για άλλες συγκεκριμένες πτυχές της θεραπείας τροποποίησης του τραυλισμού. Για παράδειγμα, το 74,6% δεν ήξερε πώς να διδάξει έναν πελάτη να παγώσει κατά τη διάρκεια μιας στιγμής τραυλισμού.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο αναλύθηκαν περαιτέρω κατά έξι κύριες κατηγορίες: α) όλοι οι λογοθεραπευτές, β) λογοθεραπευτές που ολοκλήρωσαν ένα εξάμηνο μεταπτυχιακών μαθημάτων για τον τραυλισμό, γ) που είχαν το CCC τους από την ASHA, δ) που παρακολούθησαν ολοήμερα εργαστήρια για τον τραυλισμό μετά την αποφοίτησή τους, ε) που αποφοίτησαν μετά το 1996 και στ) που αποφοίτησαν πριν το 1996. Η ανάλυση αυτή έδειξε ότι παρά τις παραπάνω ιδιότητες τους, οι λογοθεραπευτές της έρευνας δεν είχαν βασικές γνώσεις και δεξιότητες στην αξιολόγηση και τη θεραπεία του τραυλισμού.

Οι ειδικοί στις διαταραχές ροής για περισσότερα από 30 χρόνια υποστηρίζουν (Ainsworth, 1974; Brisk, Healey, & Hux, 1997; Kelly et al., 1997; Mallard, Gardner, & Downey, 1988; Sommers & Caruso, 1995; St. Louis & Lass, 1981; Tellis, 2007; Yaruss & Quesal, 2002) ότι η εκπαίδευση στις διαταραχές ροής είναι ελάχιστη για πολλούς πτυχιούχους λογοθεραπευτές και ασκούμενους κλινικούς. Επιπλέον, η πλειοψηφία των σχολικών λογοθεραπευτών δηλώνουν ότι δεν αισθάνονται άνετα με την αξιολόγηση και τη θεραπεία ατόμων που τραυλίζουν (St. Louis & Lass, 1981; Tellis & Tellis, 2003). Οι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η εκπαίδευση στις διαταραχές ροής σε πανεπιστημιακό επίπεδο είναι απλώς ανεπαρκής ή ανύπαρκτη (Yaruss & Quesal). Σε έρευνες λογοπαθολόγων, οι κλινικοί δηλώνουν ότι πιστεύουν ότι οι δεξιότητές τους είναι ανεπαρκής για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του τραυλισμού (Kelly et al., Tellis, 2007) λόγω περιορισμένης εκπαίδευσης (Sommers & Caruso).

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες για να διερευνηθούν τις γνώσεις και του κοινού αλλά και των δασκάλων μαθητών για τον τραυλισμό. Πιο συγκεκριμένα έχουν ερευνηθεί τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των δασκάλων ως προς τον τραυλισμό όπως οι έρευνες των Crowe & Walton, 1981, Irani & Gabel, 2008, Woods 1975, Clauson and Koratic, 1975. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έδειξαν μειωμένη γνώση των δασκάλων για την διαταραχή και πως έχουν αρνητική στάση απέναντι σε μαθητές που τραυλίζουν. Στις έρευνες των Crowe and Cooper, 1977 και Ozdemier et al, 2011b, βρέθηκαν παρόμοια ευρήματα ως προς την ενημερότητα και συμπεριφορά των γονέων. Στις έρευνες των Al- Khaledi et al., 2009 και Safwat & Sheikhan, 2014, πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως οι γονείς παιδιών που τραυλίζουν είναι λιγότερο ενημερωμένοι για τον τραυλισμό από τους γονείς των παιδιών που δεν τραυλίζουν.

Στις έρευνες που έγιναν στους μαθητές επικεντρώθηκαν περισσότερο στην στάση τους προς τους συμμαθητές τους που τραυλίζουν και λιγότερο στον τραυλισμό. Αναφορικά με τις έρευνες των Davis, Howell & Cooke (2002) και Flynn and St. Louis, (2001), βρέθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών ήταν αρνητικά προκατειλημμένοι απέναντι στους συμμαθητές τους που τραυλίζουν. Ύστερα όμως, από ενημέρωσή τους μέσω παρακολούθησης video αλλά και μέσω των ίδιων των ατόμων που τραυλίζουν παρατηρήθηκε θετική αλλαγή στην στάση τους (Flynn and St. Louis, 2011).

Μία ακόμη έρευνα που υποστήριξε την θετική αλλαγή στάσης για τον τραυλισμό ήταν των Mavis et al., 2013, κατά την οποία φάνηκε οι λογοθεραπευτές να είναι πιο άρτια ενημερωμένοι σε σχέση με παλαιότερα.

Στους ενήλικους, ο τραυλισμός συνδέεται περισσότερο με αρνητικές αντιδράσεις των ακροατών, αρνητικά στερεότυπα και σημαντικά μειονεκτήματα στον επαγγελματικό και εκπαιδευτικό χώρο (Blumgart, Tran, & Craig, 2010a, Klein & Hood, 2004). Ο τραυλισμός επομένως, μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής ατόμων που τραυλίζουν, που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό μέχρι και αυτοκτονία (Corcoran & Stewart, 1998).

Για αυτό το λόγο προέκυψε η ανάγκη διερεύνησης των γνώσεων που έχουν οι επαγγελματίες λογοθεραπευτές στην Ελλάδα ως προς την αξιολόγηση αλλά και την θεραπεία του τραυλισμού.

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Με σκοπό να αξιολογηθεί η γνώση των λογοθεραπευτών/λογοπεδικών σχετικά με τη φύση, την αξιολόγηση και την παρέμβαση στον τραυλισμό, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα κατά τη χρονικό περίοδο 07/06/2021 έως 31/08/2021.

Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε και ανέβηκε στο λογισμικό διαχείρισης ερευνών Google Forms. Το δείγμα της έρευνας ήταν ογδόντα έξι (86) λογοθεραπευτές/λογοπεδικοί, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και ετών άσκησης του επαγγέλματος. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε είκοσι τρεις (23) ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και σύντομης απάντησης.

6.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα που διεξήχθη συμμετείχαν ογδόντα έξι (86) λογοθεραπευτές/λογοπεδικοί. Τα κριτήρια των συμμετεχόντων ήταν η κατοχή βασικού πτυχίου του τμήματος λογοθεραπείας και η εξάσκηση του επαγγέλματος, ανεξαρτήτως των ετών άσκησης αυτού και του χώρου εργασίας. Το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε ηλεκτρονικά, σε σελίδες διαδικτύου και ομάδες ειδικών θεραπειών όπου τους προσκαλούσαμε, όποιοι επιθυμούν, να συμμετέχουν στην έρευνα. Επομένως στα άτομα που εκδήλωσαν ενδιαφέρον, τους αποστάλθηκε στις ηλεκτρονικές τους διευθύνσεις (email) το ερωτηματολόγιο για να το συμπληρώσουν. Η συμμετοχή των λογοθεραπευτών/λογοπεδικών στην έρευνα ήταν οικειοθελής και ενημερώθηκαν ότι τα προσωπικά τους στοιχεία και οι απαντήσεις που έδωσαν θα παραμείνουν εμπιστευτικές και ότι τα δεδομένα/αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη διεξαγωγή ποσοτικών και ποιοτικών αναλύσεων

6.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ένα ερωτηματολόγιο με είκοσι τρεις (23) ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου πολλαπλής επιλογής ή ανοικτού τύπου με σύντομη απάντηση. Οι ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής περιελάμβαναν από τέσσερις έως και πέντε επιλογές προς απάντηση. Οι ερωτήσεις αφορούσαν (βλ. Παράρτημα):

1. Δημογραφικά δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, η βαθμίδα εκπαίδευσης και η παρακολούθηση εκπαιδεύσεων/σεμιναρίων σχετικά με τον τραυλισμό, κ.ά.
2. Θεωρητικό περιεχόμενο για την φύση του τραυλισμού.
3. Μεθόδους αξιολόγησης του τραυλισμού.
4. Μεθόδους παρέμβασης για τον τραυλισμό.

6.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο ανέβηκε στην πλατφόρμα Google Forms που σχετίζεται με την διεξαγωγή ερευνών και την ανάλυση ποσοτικών και ποιοτικών αναλύσεων. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε μέσω διαδικτυακού συνδέσμου (link) στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (email) όλων των συμμετεχόντων, ώστε να ενημερωθούν και να το απαντήσουν. Με την λήξη της έρευνας, το λογισμικό διαχείρισης ερευνών Google Forms συνέλεξε όλα τα απαραίτητα δεδομένα της έρευνας από τις καταχωρημένες απαντήσεις και σχεδιάστηκαν ποσοστιαίες πίτες και διαγράμματα. Στο τέλος, σειρά είχε ο σχολιασμός και η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

6.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα εξής :

- c) Ποιες είναι οι γνώσεις των λογοθεραπευτών ως προς την αξιολόγηση και θεραπεία του τραυλισμού σε σχέση με τα έτη κλινικής εμπειρίας ως επαγγελματίες λογοθεραπευτές;
- d) Ποιες είναι οι γνώσεις των λογοθεραπευτών ως προς την αξιολόγηση και θεραπεία του τραυλισμού σε σχέση με τις εκπαιδεύσεις που έχουν κάνει;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

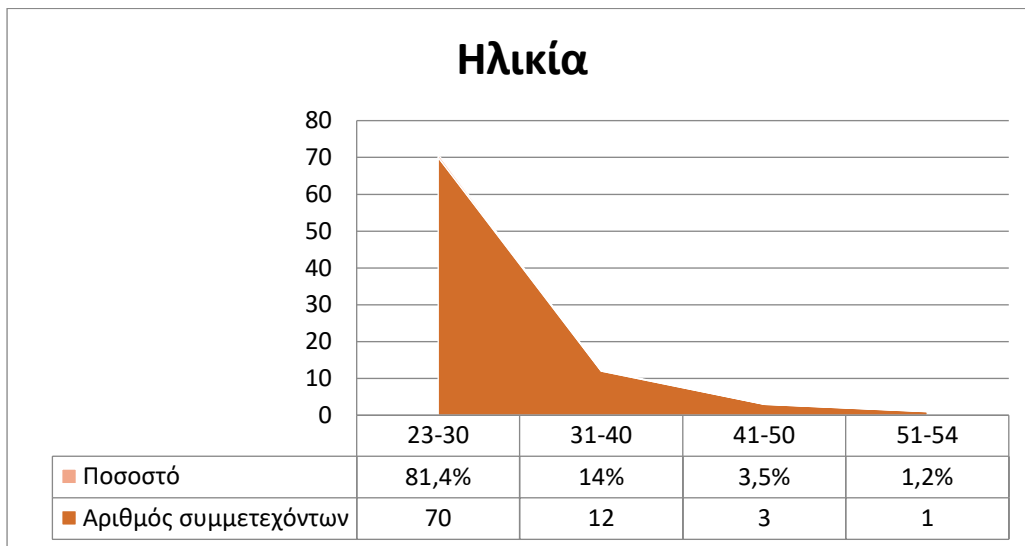
7.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Στην πρώτη υποενότητα θα παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία για την κατάρτιση των συμμετεχόντων όπως το φύλο, η ηλικία, ο τίτλος σπουδών, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, η παρακολούθηση μαθημάτων και επιμορφώσεων σχετικά με τον τραυλισμό, ο χώρος εργασίας και ο αριθμός περιστατικών με τραυλισμό που έχουν αναλάβει.

Παρακάτω παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν από την πλατφόρμα διαχείρισης ερευνών Google Forms.

Ερώτηση 1: Ηλικία

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτουν οι εξής ηλικιακές ομάδες 23-30, 31-40, 41-50, 51-54.



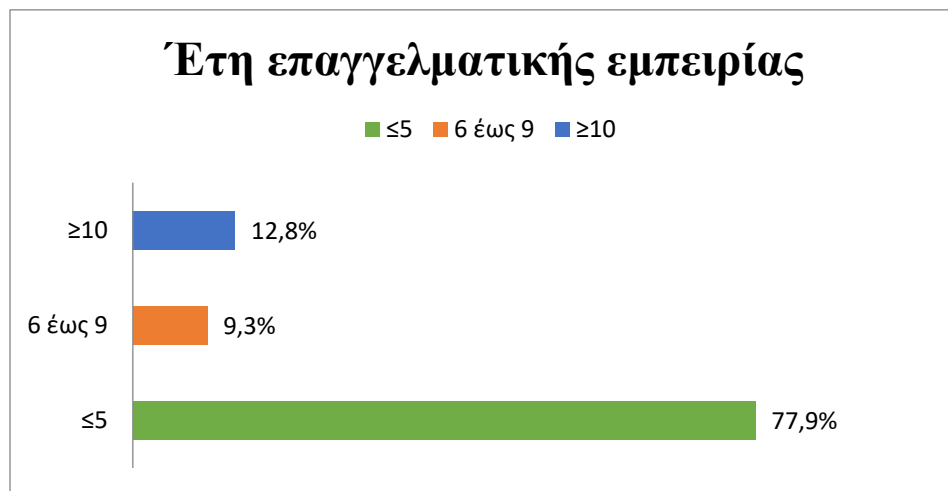
Πίνακας 7.1: Ηλικία

Όπως αποτυπώνεται και στον πίνακα 7.1, το 81,4% των συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 23-30, το 14% στην ηλικιακή ομάδα 31-40, το 3,5% στην ηλικιακή ομάδα 41-50 και το 1,2% στην ηλικιακή ομάδα 51-54.

Ερώτηση 2: Φύλο

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που συλλέχθηκαν, το 90% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, ενώ το 10 % είναι άνδρες.

Ερώτηση 3: Πόση εργασιακή εμπειρία έχετε ως λογοθεραπευτές;

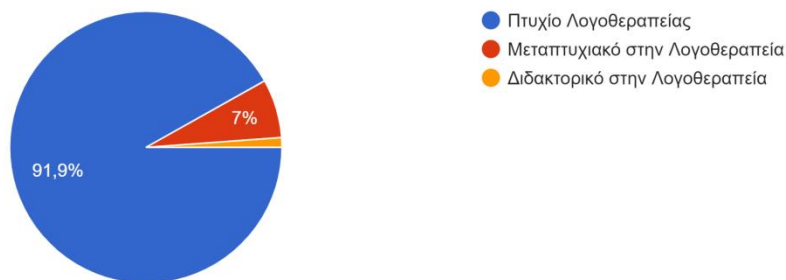


Πίνακας 7.2: Έτη επαγγελματικής εμπειρίας

Όσον αφορά τα έτη που οι συμμετέχοντες της έρευνας εργάζονται ως λογοθεραπευτές, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή το 77,9%, εργάζεται για 5 ή λιγότερα χρόνια, το 9,3% από 6 έως 9 χρόνια και το 12,8% για 10 ή περισσότερα χρόνια.

Ερώτηση 4: Τίτλος σπουδών

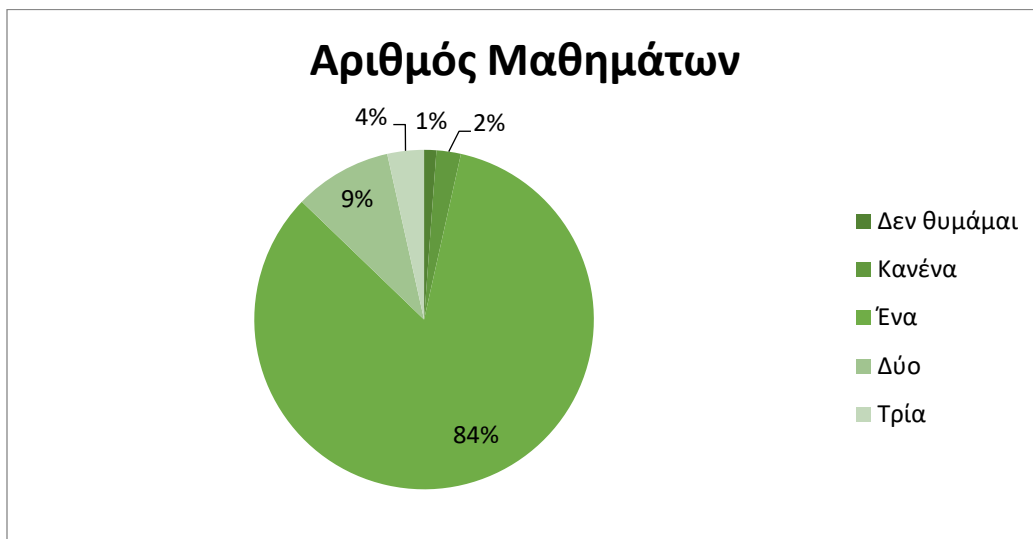
Τίτλος σπουδών
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.3: Τίτλος σπουδών

Όπως παρουσιάζεται στο παραπάνω γράφημα, το 91,9% των συμμετεχόντων έχει Πτυχίο Λογοθεραπείας, το 7% έχει Μεταπτυχιακό στην Λογοθεραπεία και μόλις το 1,2% έχει Διδακτορικό.

Ερώτηση 5: Πόσα και ποια μαθήματα είχατε στην σχολή σας στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, τα οποία αφορούσαν τον τραυλισμό;

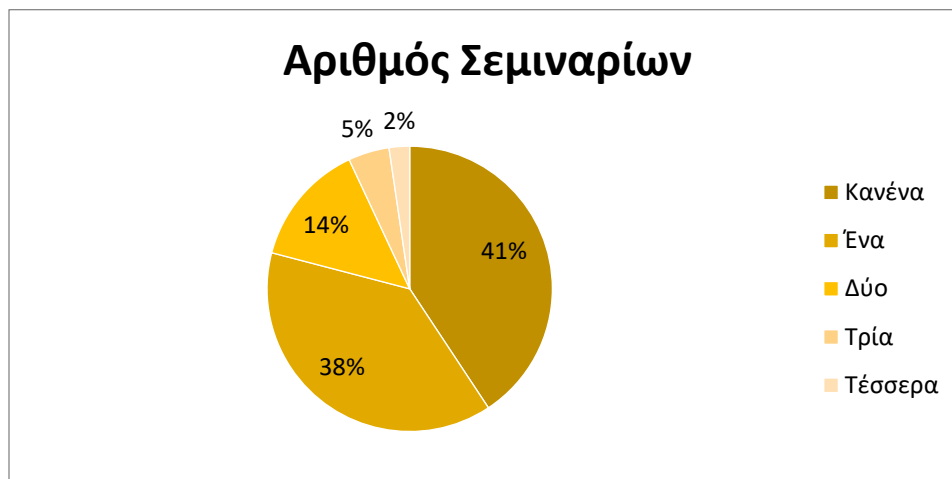


Πίνακας 7.4: Αριθμός Μαθημάτων

Αναφορικά με τον αριθμό των μαθημάτων, τα οποία οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν στην σχολή τους και αφορούσαν τον τραυλισμό, το 84% δηλώνει ότι παρακολούθησε μόνο ένα (1) μάθημα, το 9% δηλώνει δύο (2) μαθήματα, το 4% τρία (3) μαθήματα, ενώ το 2% δηλώνει ότι δεν είχε κανένα μάθημα στη σχολή που να αφορούσε τον τραυλισμό και το 1% δεν θυμάται.

Από ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων στην συγκεκριμένη ερώτηση τα μαθήματα που ανέφεραν οι συμμετέχοντες είναι τα εξής: Διαταραχές Ροής – Τραυλισμός, Τραυλισμός Αξιολόγηση και Αποκατάσταση, Εξελικτικός και Επίμονος Τραυλισμός, Τραυλισμός: Διάγνωση και Παρέμβαση, Εισαγωγή στον Τραυλισμό, Εξελικτικές Διαταραχές.

Ερώτηση 6: Πόσα και ποια σεμινάρια ή εκπαιδεύσεις έχετε παρακολουθήσει σχετικά με τον τραυλισμό;



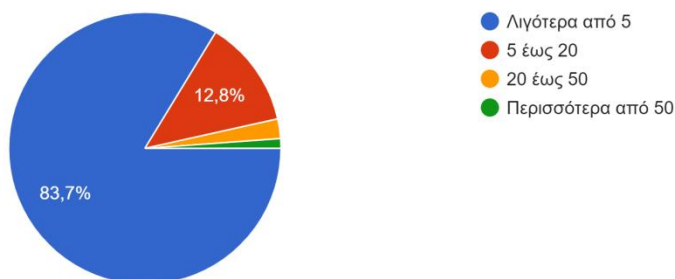
Πίνακας 7.5: Αριθμός Σεμιναρίων

Σχετικά με τα σεμινάρια και τις εκπαιδεύσεις στον τραυλισμό, το 41% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε ότι δεν έχει παρακολουθήσει κανένα και το 38% δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει ένα. Οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι έχουν παρακολουθήσει δύο σεμινάρια ή εκπαιδεύσεις σε ποσοστό 14%, τρία σε ποσοστό 5% και τέσσερα σε ποσοστό 2%. Συνεπώς τα σημαντικότερα ποσοστά των λογοθεραπευτών της έρευνας δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα για τον τραυλισμό ή έχουν παρακολουθήσει μόνο ένα.

Από ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων στην συγκεκριμένη ερώτηση αναφέρθηκαν σεμινάρια όπως Palin PCI, Λεξιπόντιξ, Lidcombe και άλλα, με την συντριπτική πλειοψηφία να έχει παρακολουθήσει το Palin PCI.

Ερώτηση 7: Πόσα περιστατικά με τραυλισμό έχετε αναλάβει;

Πόσα περιστατικά με τραυλισμό έχετε αναλάβει;
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.6: Αριθμός περιστατικών

Αναφορικά με τον αριθμό των περιστατικών με τραυλισμό που έχουν αναλάβει οι συμμετέχοντες της έρευνας, το 83,7% έχει αναλάβει λιγότερα από 5 περιστατικά, το 12,8% έχει

αναλάβει 5 έως 20, το 2,3 έχει αναλάβει 20 έως 50 και μόνο το 1,2% έχει αναλάβει περισσότερα από 50 περιστατικά. Επομένως, προκύπτει ότι η πλειοψηφία των λογοθεραπευτών της έρευνας δεν έχει εργασθεί με σημαντικό αριθμό ατόμων με τραυλισμό.

Ερώτηση 8: Χώρος εργασίας

Χώρος εργασίας
86 απαντήσεις

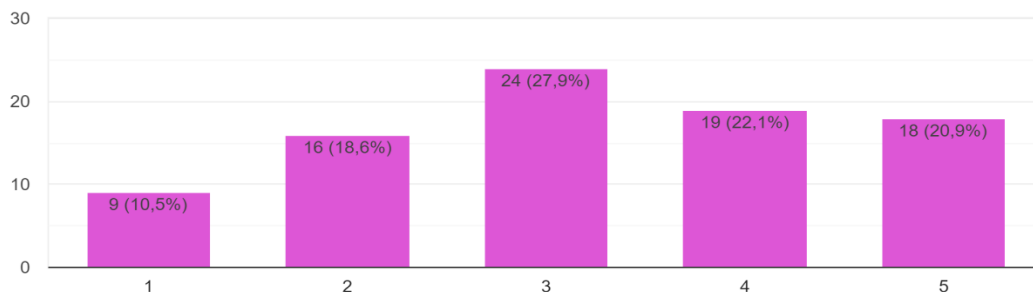


Πίνακας 7.7: Χώρος εργασίας

Ο μεγαλύτερος αριθμός των λογοθεραπευτών (79) που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, δηλαδή το 91,9%, δήλωσε ότι εργάζεται μόνο σε Ιδιωτικό Κέντρο Λογοθεραπείας. Οι υπόλοιποι έξι (6) συμμετέχοντες δήλωσαν έξι (6) διαφορετικούς χώρους εργασίας: Νοσοκομείο, Ειδικό Σχολείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δημόσιου Τομέα, Μη Κερδοσκοπική Οργάνωση (Μ.Κ.Ο.), Κέντρο Εκπαίδευσης και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ.), Ψυχοδιαγνωστικό Κέντρο και ένας μόνο συμμετέχοντας δήλωσε ότι εργάζεται σε Κέντρο Αποκατάστασης και σε Ιδιωτικό Κέντρο Λογοθεραπείας.

Ερώτηση 9: Πόσο άνετα νιώθετε να εργαστείτε με άτομα που τραυλίζουν;

Πόσο άνετα νιώθετε να εργαστείτε με άτομα που τραυλίζουν;
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.8: Πόσο άνετα νιώθετε να εργασθείτε με άτομα που τραυλίζουν;

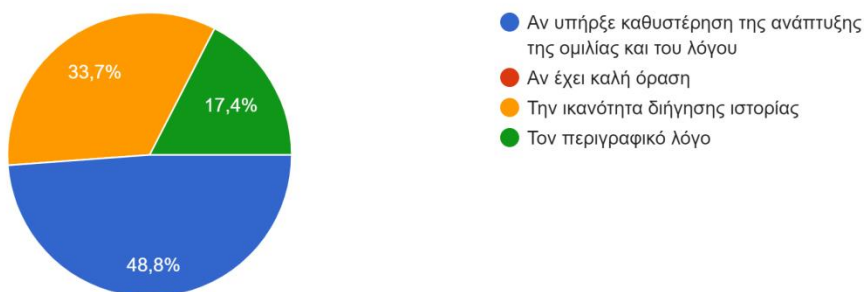
Στην παρούσα ερώτηση οι λογοθεραπευτές κλήθηκαν να διαλέξουν σε μία γραμμική κλίμακα, από τον αριθμό ένα (1) έως τον αριθμό πέντε (5), πόσο άνετα νιώθουν να αναλάβουν περιστατικά με τραυλισμό (όπου 1: καθόλου άνετα, 2: λίγο άνετα, 3: μέτρια άνετα, 4: αρκετά άνετα, 5: πολύ άνετα). Το υψηλότερο ποσοστό 27,9% διαθέτει μέτρια άνεση με περιστατικά τραυλισμού, το 22,1% δηλώνει ότι νιώθει αρκετά άνετα να αναλάβει άτομα που τραυλίζουν, το 20,9% πολύ άνετα, το 18,6% νιώθει λίγο άνετα και το μικρότερο ποσοστό 10,5% είναι αυτό που δεν νιώθει καθόλου άνετα. Φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τείνει να νιώθει άνετα να εργαστεί με άτομα που τραυλίζουν.

7.2 Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

Σε αυτή την υποενότητα θα παρουσιαστούν οι απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, οι οποίες αποτυπώνουν τις γνώσεις των λογοθεραπευτών για την φύση και την αξιολόγηση του τραυλισμού.

Ερώτηση 10: Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει εξετάζετε:

Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει εξετάζετε:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.9: Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει εξετάζετε

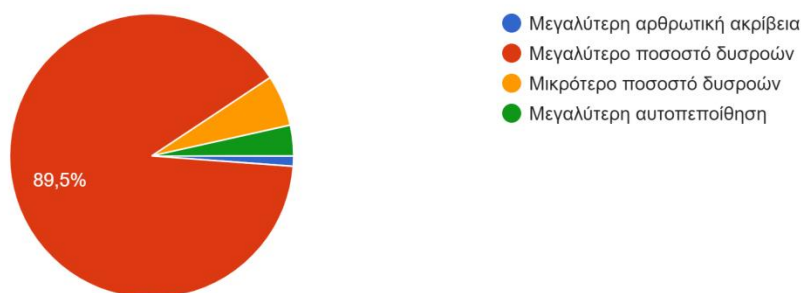
Στην παραπάνω ερώτηση, το 48,8% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησαν ότι κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει θα εξέταζαν «αν υπήρξε καθυστέρηση της ανάπτυξης της ομιλίας και του λόγου», το 33,7% απάντησε ότι θα εξέταζε «την ικανότητα διήγησης ιστορίας» και το 17,4% θα εξέταζε «τον περιγραφικό λόγο». Κανένας συμμετέχοντας δεν δήλωσε ότι θα εξέταζε «αν το άτομο έχει καλή όραση». Διαπιστώνουμε ότι το 51,1% των λογοθεραπευτών της έρευνας απάντησε λανθασμένα, ενώ λίγο λιγότεροι από τους μισούς (48,8%), πράγματι, γνώριζαν ότι κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει μας ενδιαφέρει να διερευνήσουμε εάν υπήρξε καθυστέρηση της ανάπτυξης της ομιλίας και του λόγου. Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε την πορεία της ανάπτυξης του λόγου και της ομιλίας του παιδιού, διότι όπως αναφέραμε προηγουμένως στο κεφάλαιο της αιτιολογίας του τραυλισμού, είναι πολλοί οι παράγοντες σε αυτή την πτυχή της ανάπτυξης του παιδιού που επηρεάζουν την έναρξη και την πορεία του τραυλισμού. Στους παράγοντες αυτούς ανήκει το

πόσο γρήγορα μπορεί να αναπτυσσόταν η κατάκτηση της γλώσσας στο φόντο ενός ανώριμου κινητικού συστήματος που δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει, το επίπεδο των γλωσσικών δεξιοτήτων, εφόσον υπάρχουν ενδείξεις ότι οι χαμηλότερες γλωσσικές δεξιότητες μπορεί να είναι προγνωστικές του επίμονου τραυλισμού (Yairi et al. 1996) και φυσικά η πιθανότητα καθυστέρησης του λόγου και της ομιλίας, που μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να απογοητεύεται και να δυσκολεύεται να μιλήσει¹.

Ερώτηση 11: Στον τραυλισμό η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε:

Στον τραυλισμό η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε:

86 απαντήσεις



Πίνακας 7.10: Επίδραση της γρήγορης ομιλίας στον τραυλισμό

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα, δηλαδή το 89,5%, απάντησε ορθά ότι η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε «μεγαλύτερο ποσοστό δυσροών». Το 5,8% απάντησε «μικρότερο ποσοστό δυσροών», το 3,5% δήλωσε ότι η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε «μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση» και το 1,2% δήλωσε ότι οδηγεί σε «μεγαλύτερη αρθρωτική ακρίβεια».

Σύμφωνα με αρκετές μελέτες υπάρχουν ευρήματα ότι η μείωση του ρυθμού ομιλίας οδηγεί σε μείωση της συχνότητας του τραυλισμού. Πιο συγκεκριμένα, οι Johnson και Rosen (1937) ανέφεραν ότι η ποσότητα του τραυλισμού μειώθηκε κατά τη διάρκεια της αργής ομιλίας σε σύγκριση με την κανονική ομιλία. Το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνουν μελέτες των Perkins et al. (1991), Starkweather (1985), και Wingate (1976), ενώ και το αντίστροφο αποτέλεσμα στην ευχέρεια έχει παρατηρηθεί όταν η ταχύτητα της ομιλίας αυξάνεται. Έτσι, οι Johnson και Rosen (1937) διαπίστωσαν σε μελέτη τους ότι τα άτομα που τραυλίζουν είχαν μεγαλύτερη δυσκολία να μιλήσουν με γρήγορους ρυθμούς σε σύγκριση με πιο αργούς ρυθμούς και ο Bloodstein (1987) σημείωσε, επίσης, ότι ο γρήγορος ρυθμός ομιλίας μπορεί να οδηγήσει σε τραυλισμό.

¹ Guitar B. (2014). *Τραυλισμός, Μία Ολοκληρωμένη Προσέγγιση για τη Φύση και τη Θεραπεία του*, σελ. 281-282.

Ερώτηση 12: Έρευνες για την κληρονομικότητα έχουν δείξει ότι:

Έρευνες για την κληρονομικότητα έχουν δείξει ότι:

86 απαντήσεις



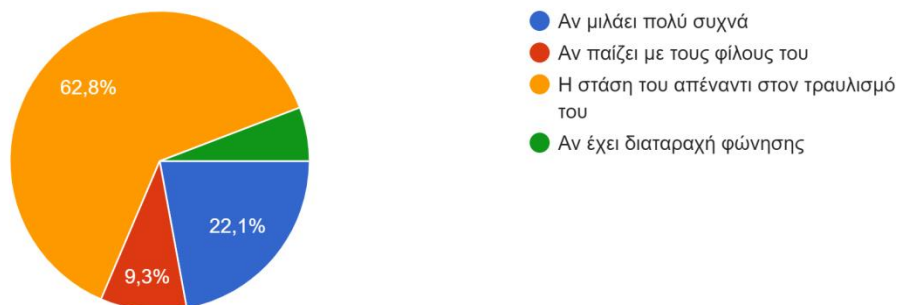
Πίνακας 7.12: Έρευνες για την κληρονομικότητα έχουν δείξει ότι

Αναφορικά με την κληρονομικότητα στον τραυλισμό το 93% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έρευνες έχουν δείξει ότι «τα γονίδια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού», το 4,7 δήλωσε ότι «τα γονίδια είναι ο κύριος λόγος εμφάνισης του τραυλισμού», το 1,2% ότι «τα γονίδια ενεργούν από μόνα τους για την εμφάνιση του τραυλισμού» και το υπόλοιπο 1,2% ότι «τα γονίδια δεν συμβάλλουν στην εμφάνιση του τραυλισμού». Επομένως ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων επέλεξε την σωστή απάντηση ότι «τα γονίδια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού», ενώ το 7% απάντησε λανθασμένα.

Η έρευνα πάνω σε αρκετές κληρονομικές διαταραχές έχει δείξει ότι τα γονίδια δεν ενεργούν από μόνα τους. Σύμφωνα με τον K.K. Kidd (1984) ο τραυλισμός θεωρείται το αποτέλεσμα της δράσης της κληρονομικότητας από κοινού με το περιβάλλον και τον παράγοντα του τυχαίου.

Ερώτηση 13: Για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει:

Για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.12: Για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει

Το 62,8% των λογοθεραπευτών της έρευνας απάντησε ότι για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει «η στάση του απέναντι στον τραυλισμό του», το 22,1% απάντησε ότι μας ενδιαφέρει «αν μιλάει πολύ συχνά», το 9,3% «αν παίζει με τους φίλους του» και το 5,8% «αν έχει διαταραχή φώνησης». Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες επέλεξαν την σωστή απάντηση, η οποία είναι ότι μας ενδιαφέρει «η στάση του παιδιού απέναντι στον τραυλισμό του».

Η θέση αυτή στηρίζεται από μία έρευνα των Martine Vanryckeghem, Gene J. Brutten και Lynell M.Hernandez (2005) με θέμα «Συγκριτική διερεύνηση της στάσης παιδιών προσχολικής ηλικίας, που τραυλίζουν και που δεν τραυλίζουν, απέναντι στην ομιλία τους». Σύμφωνα με την περίληψη του αντίστοιχου άρθρου τους, υπάρχουντα δεδομένα άλλων μελετών δείχνουν ότι σε ηλικία 3 ετών τα παιδιά εκδηλώνουν επίγνωση της δυσχέρειας τους και ότι τουλάχιστον στην ηλικία των έξι ετών, τα παιδιά που τραυλίζουν έχουν μια στάση απέναντι στην ομιλία τους που είναι πιο αρνητική από αυτή των συνομηλίκων τους. Με αφορμή αυτά τα ευρήματα, οι προαναφερθέντες ερευνητές χορήγησαν το KiddyCAT, ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας για να συγκρίνουν την στάση-απέναντι-στην-ομιλία των παιδιών που τραυλίζουν με των παιδιών που δεν τραυλίζουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ως ομάδα, τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν είχαν πολύ περισσότερο αρνητική στάση απέναντι στην ομιλία τους από συνομηλίκους που δεν τραυλίζουν. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την ευρέως διαδεδομένη θέση ότι η αντίδραση ενός ατόμου απέναντι στον τραυλισμό του εμφανίζεται πολύ αργότερα από την έναρξή του, αλλά επισημαίνει την αναγκαιότητα μέτρησης και εκτίμησης, μέσω σταθμισμένων εργαλείων, της στάσης των παιδιών που αρχίζουν να τραυλίζουν απέναντι στην ομιλία τους, ώστε στις περιπτώσεις που κρίνεται κατάλληλο και ωφέλιμο, η παρέμβαση στην αρνητική στάση απέναντι στην ομιλία να καταστεί ως μία ουσιαστική πτυχή της θεραπείας.

Ερώτηση 14: Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει:

Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει:

86 απαντήσεις



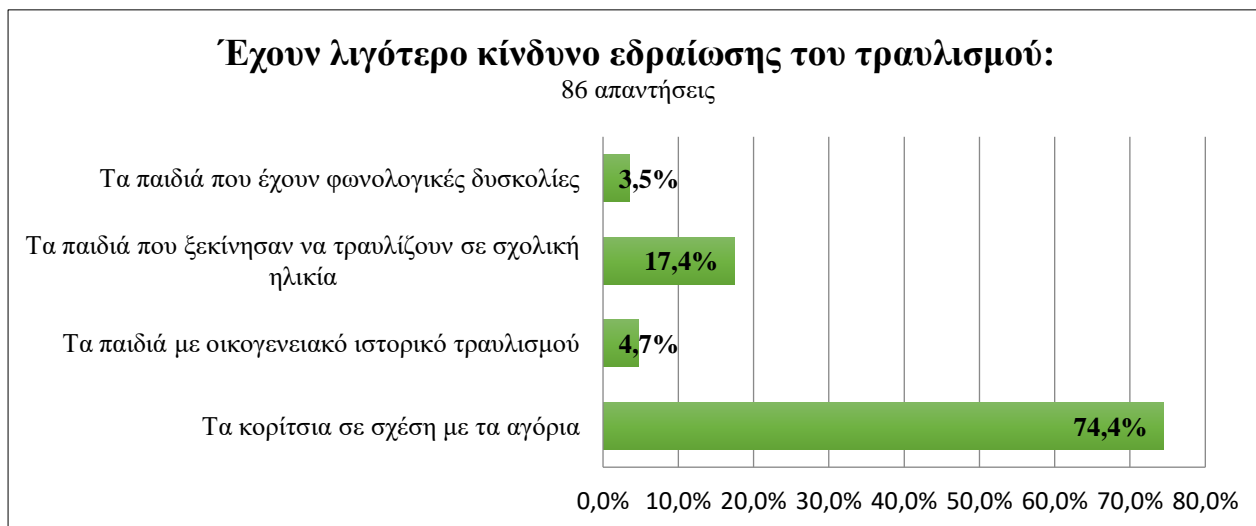
Πίνακας 7.13: Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει

Στην συγκεκριμένη ερώτηση το 52,3% των συμμετεχόντων στην έρευνα απάντησε ότι κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει «θα ρωτούσε τους γονείς, εάν το παιδί έχει συνειδητοποιήσει την δυσκολία, χωρίς το ίδιο να είναι παρόν», το 20,9% απάντησε ότι «θα ρωτούσε ανοιχτά το παιδί, εάν δυσκολεύεται με την ομιλία του», το 14% «θα ρωτούσε το παιδί εάν του αρέσει να μιλάει» και το 12,8% «δεν θα ανέφερε στο παιδί την λέξη 'τραυλισμός'».

Σύμφωνα με τον Guitar, το να μιλάς ελεύθερα με τους γονείς και τα ίδια τα παιδιά για τον τραυλισμό τους μπορεί να μειώσει το άγχος ή/και την ντροπή τους για τον τραυλισμό, μειώνοντας τον φόβο που υπάρχει γύρω από τον όρο. Η ίδια άποψη διατυπώνεται και από τους C. T. Byrd, D. Werle και K. O. St. Louis (2020), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αποφυγή του όρου «τραυλισμός» από τους λογοπεδικούς μπορεί να έχει δυνητικά επιβλαβείς επιπτώσεις τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά που τραυλίζουν. Όταν ο ειδικός φοβάται να χρησιμοποιήσει τον όρο «τραυλισμός» ή τον χρησιμοποιεί με αρνητική φόρτιση, τότε θα είναι ακόμη πιο δύσκολο για την οικογένεια που του απευθύνεται για βοήθεια να αντιμετωπίσει με ψυχραιμία και να απενοχοποιήσει την κατάσταση που βιώνει. Ιδιαίτερα για τα παιδιά σχολικής ηλικίας, σύμφωνα με τον Guitar, είναι εξαιρετικά σπάνιο να μην έχουν επίγνωση της δυσκολίας τους, επομένως η αμεσότητα επί του θέματος είναι ωφέλιμη για την εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης και την πλήρη κατανόηση της φύσης του τραυλισμού του εκάστοτε παιδιού για την επιλογή και την σχεδίαση του καταλληλότερου πλάνου παρέμβασης. Επομένως, μόνο το 20,9% των συμμετεχόντων διάλεξε την σωστή απάντηση.

Η απάντηση που επιλέχθηκε από το μεγαλύτερο ποσοστό των λογοθεραπευτών της έρευνας, «θα ρωτούσατε τους γονείς, εάν το παιδί έχει συνειδητοποιήσει την δυσκολία, χωρίς το ίδιο να είναι παρόν», δεν είναι καθόλα λανθασμένη, αφού είναι ένα βήμα της αξιολόγησης το να συλλέξουμε πληροφορίες για τον τραυλισμό του παιδιού από την οπτική των γονέων. Ωστόσο, όταν μιλάμε για παιδί σχολικής ηλικίας, που σπάνια δεν έχει επίγνωση της δυσκολίας του, κύριος στόχος μας δεν είναι να μιλήσουμε για τον τραυλισμό του εν αγνοία του σαν να είναι κάτι που θέλουμε να του αποκρύψουμε, αλλά να τον κάνουμε να νιώσει άνετα με την κατάσταση και να την απενοχοποιήσει.

Ερώτηση 15: Έχουν λιγότερο κίνδυνο εδραίωσης του τραυλισμού:



Πίνακας 7.14: Μικρότερος κίνδυνος εδραίωσης τραυλισμού

Αναφορικά με το ποια παιδιά έχουν λιγότερο κίνδυνο εδραίωσης του τραυλισμού, το 74,4% των λογοθεραπευτών της έρευνας απάντησε «τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια», το 17,4% απάντησε «τα παιδιά που ξεκίνησαν να τραυλίζουν σε σχολική ηλικία», το 4,7% επέλεξε «τα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού» και το 3,5% απάντησε «τα παιδιά που έχουν φωνολογικές δυσκολίες».

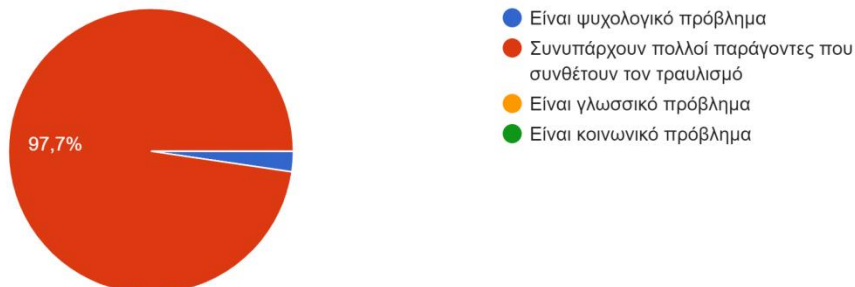
Σύμφωνα με οικογενειακές μελέτες των ερευνητών Andrews & Harris (1964), Kay (1964), Kidd (1977), Kidd, Kidd & Records (1978), Kidd, Reich & Kessler (1973) τα αγόρια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τραυλισμό από ότι τα κορίτσια. Επιπλέον, οι Ambrose, Cox και Yairi (1997) αναλύοντας οικογενειακά δένδρα παιδιών αμέσως μετά την έναρξη του τραυλισμού τους και παρακολουθώντας τα παιδιά αυτά επί σειρά ετών, χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: εκείνα στα οποία ο τραυλισμός εξελίχθηκε σε επίμονο και εκείνα που ανέκαμψαν. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι η αναλογία φύλου για την πρώτη ομάδα ήταν 7:1 αγόρια : κορίτσια και για την δεύτερη 2:1. Επομένως, το ποσοστό των αγοριών στην ομάδα επίμονου τραυλισμού ήταν πολύ υψηλότερο, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ξεπεράσουν τον τραυλισμό τους σε σχέση με τα αγόρια.

Συνεπώς, η πλειοψηφία (74,4%) των συμμετεχόντων στην έρευνά απάντησε ορθά.

Ερώτηση 16: Θεωρίες για τον τραυλισμό υποστηρίζουν ότι:

Θεωρίες για τον τραυλισμό υποστηρίζουν ότι:

86 απαντήσεις



Πίνακας 7.15: Θεωρίες αιτιολογίας του τραυλισμού

Όπως αποτυπώνεται στο γράφημα, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες, το 97,7%, επέλεξαν την σωστή απάντηση, δηλαδή ότι θεωρίες για τον τραυλισμό υποστηρίζουν ότι «συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες που συνθέτουν τον τραυλισμό», ενώ μόνο το 2,3% των λογοθεραπευτών της έρευνας δήλωσε ότι ο τραυλισμός «είναι ψυχολογικό πρόβλημα».

Σύμφωνα με τον Guitar και όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο που αφορούσε την αιτιολογία του τραυλισμού, παράγοντες είτε στα ίδια τα παιδιά, όπως βιολογικοί, αισθητικοί, αισθητικοκινητικοί, γλωσσικοί, συναισθηματικοί, είτε αναπτυξιακοί, περιβαλλοντικοί, μαθησιακοί συμβάλλουν στην διαμόρφωση της προδιάθεσης και του εδάφους, στο οποίο ο τραυλισμός ξεκινά και έπειτα επιδεινώνεται ή εξαφανίζεται. Υπάρχουν πολλές μελέτες που υποστηρίζουν την σχέση συγκεκριμένων γονιδίων με τον τραυλισμό [π.χ. Dennis Drayan (1997), Shugart, Mundorff, Kilshaw, Doheny & Doan et al. (2004), Riaz, Steinberg, Ahmad, Pluzhnikov, Riazuddin et al (2005), Suresh, Ambrose, Roe, Pluzhnikov & Wittke-Thompson et al. (2006), Kang, Riazuddin, Mundorff, Krasnewich, Friedman et al. (2010)], όπως, επίσης, και πολλές μελέτες που δείχνουν ότι τα γονίδια από μόνα τους δεν μπορούν να δικαιολογήσουν την εμφάνιση του τραυλισμού σε όλα τα παιδιά, αλλά μάλλον κάποιοι περιβαλλοντικοί παράγοντες ευθύνονται για αυτόν (π.χ. Andrews, Morris-Yates, Howie & Martin, 1991). Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο “Stuttering: An Overview” των J.E. Prasse και G.E. Kikano (2008), μια ποικιλία παραγόντων μπορεί να προκαλέσουν συμβάντα τραυλισμού, αν και η αιτιολογία της κατάστασης δεν είναι σαφής. Οι πιθανοί παράγοντες, που συμβάλλουν, περιλαμβάνουν τη γνωστική ικανότητα επεξεργασίας, τη γενετική, το φύλο του ασθενούς και τις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Επομένως, γίνεται σαφές ότι η θεωρία που επικρατεί είναι ότι ο τραυλισμός συνθέτεται από πολλούς παράγοντες.

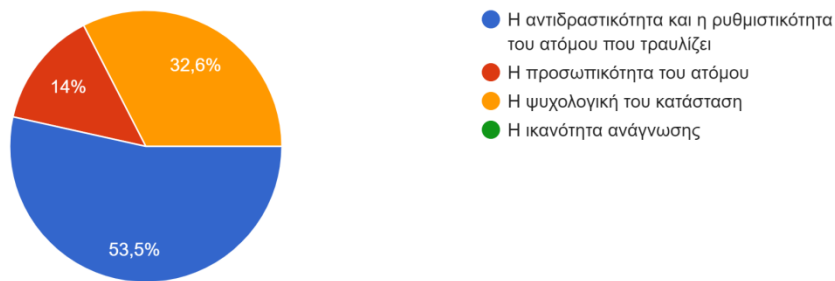
7.3 Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Στην συγκεκριμένη ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα των απαντήσεων για τις γνώσεις των λογοθεραπευτών ως προς την παρέμβαση του τραυλισμού.

Ερώτηση 17: Ένας σημαντικός παράγοντας στην παρέμβαση του τραυλισμού είναι:

Ένας σημαντικός παράγοντας στην παρέμβαση για τον τραυλισμού είναι:

86 απαντήσεις

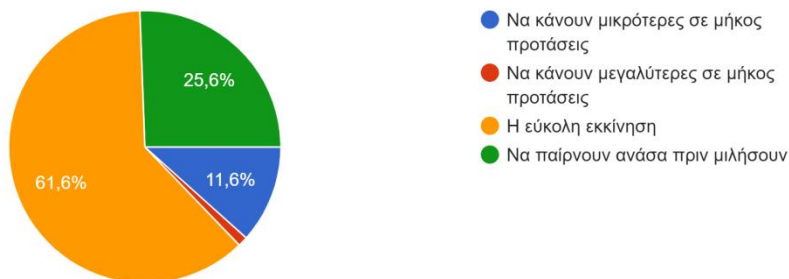


Πίνακας 7.16: Ένας σημαντικός παράγοντας στην παρέμβαση του τραυλισμού είναι

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν πως η ιδιοσυγκρασία αναφέρεται σε βιολογικά βασισμένες ατομικές διαφορές, οι οποίες είναι σχετικά σταθερές στον χρόνο και εμφανίζονται κατά τα πρώτα στάδια ανάπτυξης του παιδιού (Goldsmith et al., 1987). Η αντιδραστικότητα αναφέρεται, σύμφωνα με την Rothbart, στην διέγερση των αισθητηριακών συστημάτων και η ρυθμιστικότητα, στις διαδικασίες που γίνονται ώστε να αναστείλουν ή να διευκολύνουν την αντιδραστικότητα. Το 53,5% απάντησε σωστά πως η αντιδραστικότητα και η ρυθμιστικότητα του ατόμου που τραυλίζει είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την θεραπεία του τραυλισμού. Τα άτομα που τραυλίζουν θεωρούνται περισσότερο αντιδραστικά ή/και πιο ευαίσθητα σύμφωνα με έρευνες (Embrechts et al., 2000; Fowlie & Cooper, 1978; Glasner, 1949; Guitar, 2003; Karrass et al., 2006; Oyler (1998) in Zebrowski & Conture, 1998; Wakaba, 1998) και δεν έχουν τόσο καλή αυτορρύθμιση (Anderson et al., 2003; Embrechts et al., 2000; Karrass et al., 2006).

Ερώτηση 18: Στην παρέμβαση για τον τραυλισμό περιλαμβάνονται ασκήσεις όπως:

Στην παρέμβαση για τον τραυλισμό περιλαμβάνονται ασκήσεις όπως:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.17: Στην παρέμβαση για τον τραυλισμό περιλαμβάνονται ασκήσεις όπως

Σύμφωνα με την ASHA η θεραπεία για τον τραυλισμό περιλαμβάνει στρατηγικές τροποποίησης της ομιλίας (Bothe, 2002; Guitar, 1982, 2019), μία εκ των οποίων είναι η εύκολη εκκίνηση. Η εύκολη εκκίνηση είναι η σταδιακή/ απαλή έναρξη φώνησης στα αρχικά φωνήματα. Το 61,6% απάντησε σωστά ως προς την τεχνική παρέμβασης για τον τραυλισμό. Όμως υπάρχει μεγάλο ποσοστό, 25,6 % το οποίο απάντησε να παίρνουν ανάσα πριν μιλήσουν, 11,6 % απάντησαν να κάνουν μικρότερες σε μήκος προτάσεις και ένα μικρό ποσοστό απάντησε να κάνουν μεγαλύτερες σε μήκος προτάσεις. Αυτές οι προτάσεις δεν στηρίζονται βιβλιογραφικά.

Ερώτηση 19: Όταν κάνουμε παρέμβαση για τον τραυλισμό σε παιδί που αντιμετωπίζει, επίσης, γλωσσικές δυσκολίες:

Όταν κάνουμε παρέμβαση για τον τραυλισμό σε παιδί, που αντιμετωπίζει επίσης γλωσσικές δυσκολίες:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.18: Η παρέμβαση σε παιδί που αντιμετωπίζει, επίσης, γλωσσικές δυσκολίες

Στην παραπάνω ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό, 70,9 %, απάντησε ορθά πως αν η γλωσσική δυσκολία επηρεάζει έντονα την επικοινωνία του παιδιού, δουλεύουμε παράλληλα τους δύο τομείς. Το 23,3 % απάντησε πως πραγματοποιούμε παράλληλα θεραπεία και ένα μικρότερο ποσοστό απάντησε πως ολοκληρώνουμε πρώτα την παρέμβαση του τραυλισμού και ύστερα στα

γλωσσικά ελλείμματα. Σύμφωνα με τον Guitar, αν η δυσκολία είναι τόσο έντονη ώστε να απαιτεί παρέμβαση, προτείνει να αντιμετωπιστεί παράλληλα με την ευχέρεια. Αν δεν είναι τόσο έντονη, προηγείται η θεραπεία του τραυλισμού καθώς μπορεί να εξελιχθεί σε χρόνια πρόβλημα. Όπως αναφέρει, τα αναπτυξιακά προβλήματα έχουν την τάση να βελτιώνονται λίγο κατά την διάρκεια του χρόνου ή τουλάχιστον δεν χειροτερεύουν επειδή καθυστερεί η θεραπεία τους.

Ερώτηση 20: Η καλύτερη παρέμβαση για παιδιά προσχολικής ηλικίας θα λέγατε ότι είναι:

Η καλύτερη επιλογή παρέμβασης για παιδιά προσχολικής ηλικίας θα λέγατε ότι είναι:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.19: Προτιμότερη παρέμβαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας

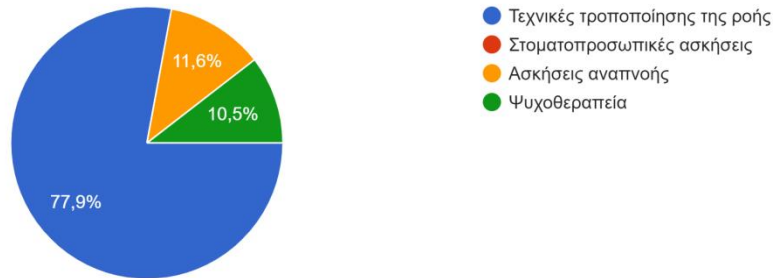
Στην ερώτηση για την επιλογή αποτελεσματικότερης θεραπείας για παιδιά προσχολικής ηλικίας που τραυλίζουν, περισσότεροι από τους μισούς λογοθεραπευτές απάντησαν λάθος. Το 54,7% διάλεξαν τον συνδυασμό έμμεσης και άμεσης θεραπείας, το 5,8% θα επέλεγε την άμεση θεραπεία και ένα μικρό ποσοστό απάντησε πως δεν πραγματοποιείται θεραπεία. Μόνο το 38,4%, απάντησε ορθά πως θα επέλεγαν την έμμεση θεραπεία.

Σύμφωνα με τον Guitar, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας πρέπει να επιλέγεται έμμεση θεραπεία καθώς πολλά παιδιά μπορεί να ξεπεράσουν από μόνα τους τον τραυλισμό και ο κλινικός πρέπει να διευκολύνει την διαδικασία της φυσιολογικής ανάκαμψης. Επιπλέον αναφέρει πως σε αυτές τις ηλικίες τα περισσότερα παιδιά δεν έχουν την γνωστική ικανότητα να εκπαιδευτούν στο να αλλάξουν τον τραυλισμό τους, όπως συμβαίνει με την άμεση θεραπευτική προσέγγιση.

Ερώτηση 21: Ενδεδειγμένες επιλογές παρέμβασης για ενήλικες που τραυλίζουν είναι:

Ενδεδειγμένες επιλογές παρέμβασης για ενήλικες που τραυλίζουν είναι:

86 απαντήσεις



Πίνακας 7.20: Επιλογές παρέμβασης για ενήλικες

Ως προς την επιλογή παρέμβασης για ενήλικες που τραυλίζουν, το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων, 77,9%, απευθύνεται στις τεχνικές τροποποίησης της ροής, το 11,6% απάντησε ασκήσεις αναπνοής και το 10,5% επέλεξε την ψυχοθεραπεία.

Πράγματι έχει αποδειχθεί πως οι τεχνικές τροποποίησης ροής επιλέγονται ως θεραπευτικές τεχνικές σε ενήλικους που τραυλίζουν, καθώς μειώνουν την σοβαρότητα του τραυλισμού, ελέγχονται τα κύρια συμπτώματα και εξαλείφονται οι δευτερεύουσες συμπεριφορές. Τέλος βοηθάνε στην ελαχιστοποίηση του αντίκτυπου που έχει ο τραυλισμός στις διάφορες πτυχές της ζωής του ατόμου (J.E. Prasse, G.E. Kikano, “Stuttering: An Overview”, 2008).

Ερώτηση 22: Η τεχνική “Fluency Shaping” χρησιμοποιείται με σκοπό:

Η τεχνική “Fluency Shaping” χρησιμοποιείται με σκοπό:

86 απαντήσεις



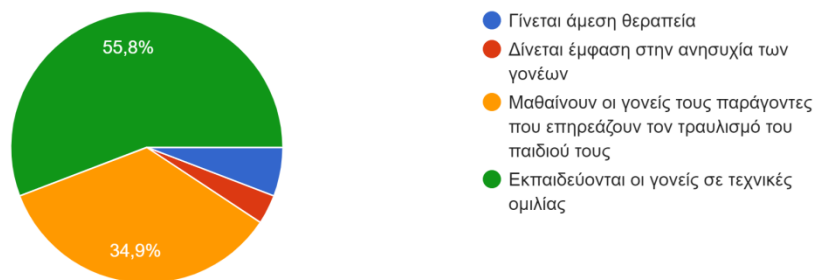
Πίνακας 7.21: Σκοπός της τεχνικής “Fluency Shaping”

Οι στρατηγικές βελτίωσης της ευχέρειας, σύμφωνα με τον Guitar, περιλαμβάνουν τεχνικές οι οποίες διευκολύνουν την πιο ομαλή ομιλία, ώστε να αντικατασταθεί ο τραυλισμός με έναν πιο ελεγχόμενο τύπο ομιλίας. Το 51,2 % απάντησε ορθά πως η τεχνική Fluency Shaping χρησιμοποιείται με σκοπό να εξαλειφθούν τα συμπτώματα του τραυλισμού. Ένα μεγάλο

ποσοστό λογοθεραπευτών, συγκεκριμένα το 33,7%, απάντησε πως χρησιμοποιείται με σκοπό την εξάλειψη των συμπεριφορών αποφυγής, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται με άλλη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία ονομάζεται *stuttering modification*. (J.E. Prasse, G.E. Kikano, “Stuttering: An Overview”, 2008). Το 14% απάντησε πως χρησιμοποιείται με σκοπό να τονωθεί η αυτοπεποίθηση του ατόμου που τραυλίζει και τέλος, ένα πολύ μικρό ποσοστό απάντησε ότι βοηθάει στο να εξαλειφθεί ο τραυλισμός.

Ερώτηση 23: Στο πρόγραμμα “Palin Parent Child Interaction Therapy”:

Στο πρόγραμμα “Palin Parent Child Interaction Therapy”:
86 απαντήσεις



Πίνακας 7.22: Πρόγραμμα “Palin PCI”

Το πρόγραμμα Palin Parent Child Interaction Therapy ή διαφορετικά Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού, αφορά παιδιά έως 7 χρονών που τραυλίζουν και είναι έμμεση παρέμβαση. Στην θεραπεία συνοψίζονται οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στον τραυλισμό όπως και εκείνοι που βοηθούν στην ευχέρεια της ομιλίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων (55,8%) θεώρησε πως στο συγκεκριμένο πρόγραμμα οι γονείς εκπαιδεύονται σε τεχνικές ομιλίας. Κατά την θεραπεία με το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν χρησιμοποιούνται τεχνικές ομιλίας όπως στην άμεση παρέμβαση, αλλά στρατηγικές αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού. Λιγότεροι από τους μισούς (34,9%) απάντησαν σωστά, πως οι γονείς μαθαίνουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τραυλισμό του παιδιού τους. Ένα μικρό ποσοστό απάντησε πως γίνεται άμεση θεραπεία και ένα μικρότερο ποσοστό, πως δίνεται έμφαση στην ανησυχία των γονέων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στους συγκεντρωτικούς πίνακες (Πίνακας 8.1, 8.2, 8.3), στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε το σύνολο των ερωτηθέντων είχε γνώσεις ως προς την φύση του τραυλισμού καθώς σε όλες τις ερωτήσεις της συγκεκριμένης ενότητας οι σωστές απαντήσεις κυμαίνονταν σε ποσοστά 74,4 % έως 97,7 % (Πίνακας 8.1). Υπήρξαν μικρά ποσοστά λάθος απαντήσεων. Ως προς τις γνώσεις των λογοθεραπευτών για την αξιολόγηση του τραυλισμού από το σύνολο των ερωτήσεων μόνο στο ένα ερώτημα είχαν απαντήσει ορθά και σε ποσοστό 62,8 % (Πίνακας 8.2). Επομένως οι 2 έρευνες καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, πως οι λογοθεραπευτές δεν έχουν επαρκείς γνώσεις ως προς την αξιολόγηση. Όσον αφορά την ενότητα των γνώσεων των λογοθεραπευτών για την θεραπεία του τραυλισμού (Πίνακας 8.3) φαίνεται πως η πλειοψηφία απάντησε σωστά στις περισσότερες ερωτήσεις, ωστόσο όχι με συντριπτική διαφορά. Πιο συγκεκριμένα, ακόμα και σε ερωτήσεις που το ποσοστό των λογοθεραπευτών που απάντησαν ορθά είναι μεγαλύτερο, αυτό κυμαίνεται κοντά στο 50%, επομένως οι μισοί μόνο γνώριζαν την σωστή απάντηση ενώ οι υπόλοιποι μισοί όχι. Συμπεραίνουμε ότι οι λογοθεραπευτές της έρευνας έχουν περισσότερες γνώσεις για τις θεραπευτικές τεχνικές σε σχέση με τις αξιολογητικές, όμως ο αριθμός των κλινικών που δεν έχει γνώση για την παρέμβαση δεν είναι καθόλου αμελητέος. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε μικρή αντίθεση με την έρευνα που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο Misericordia της Πενσυλβάνια το 2008 κατά την οποία οι περισσότεροι λογοθεραπευτές δεν είχαν γνώσεις για την θεραπεία του τραυλισμού. Αυτό το αποτέλεσμα πιθανόν να προκύπτει λόγω της διαφοράς των ετών της διεξαγωγής της εκάστοτε έρευνας, καθώς πλέον οι λογοθεραπευτές έχουν πιο άμεση πρόσβαση στην γνώση από περισσότερες πηγές εκτός των βιβλίων, όπως είναι το διαδίκτυο που μπορούν να ενημερωθούν για τις νέες έρευνες και μεθόδους αξιολόγησης και παρέμβασης.

Στην αξιολόγηση οι λογοθεραπευτές εξακολουθούν να μην έχουν επαρκείς γνώσεις όπως και παλαιότερα, ενώ ως προς τις μεθόδους παρέμβασης φαίνεται να είναι σχετικά πιο ενημερωμένοι σε αντίθεση με τα προηγούμενα χρόνια, χωρίς όμως οι γνώσεις τους να μπορούν να χαρακτηριστούν επαρκείς.

Μια εξέταση των παραπάνω αποτελεσμάτων καταδεικνύει ότι η συστηματική εκπαίδευση σε συγκεκριμένες πτυχές της αξιολόγησης και της θεραπείας του τραυλισμού είναι επιτακτικής ανάγκης για τους φοιτητές και τους κλινικούς λογοπαθολογίας, καθώς ακόμη και οι επαγγελματίες λογοπεδικοί που συμμετείχαν στην έρευνα μας υστερούν σημαντικά σε αρκετά σημεία της αξιολόγησης και της θεραπείας.

Πίνακας 8.1: Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ - ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΩΣΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΛΑΘΟΣ
11: Στον τραυλισμό η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε μεγαλύτερο ποσοστό δυσροών	89,5%	10,5%
12: Έρευνες για την κληρονομικότητα έχουν δείξει ότι τα γονίδια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού	93%	7%
15: Έχουν λιγότερο κίνδυνο εδραίωσης του τραυλισμού τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια	74,4%	25,6%
16: Θεωρίες για τον τραυλισμό υποστηρίζουν ότι συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες που συνθέτουν τον τραυλισμό	97,7%	2,3%

Οι φοιτητές της λογοθεραπείας ολοκληρώνουν το πρόγραμμα σπουδών τους έχοντας παρακολουθήσει ένα (1) μάθημα θεωρητικού χαρακτήρα που να αφορά τις Διαταραχές Ροής, χωρίς πρακτική εξάσκηση με ασθενείς που τραυλίζουν. Είναι γνωστό και υποστηρίζεται επίσης από έρευνα των Kelly και συνεργατών (1997) ότι τα προπτυχιακά μαθήματα που αφορούν τις διαταραχές ροής τονίζουν κυρίως την θεωρία και η κατανόηση και εξάσκηση των θεραπευτικών τεχνικών είναι ο τομέας ο οποίος λαμβάνει την λιγότερη έμφαση.

Με βάση τα δεδομένα που συγκεντρώσαμε από το ερωτηματολόγιο τα μεγαλύτερα ποσοστά των λογοθεραπευτών της έρευνας έχουν παρακολουθήσει μόνο ένα (1) ή δεν έχουν παρακολουθήσει κανένα επιμορφωτικό πρόγραμμα για τον τραυλισμό και ακόμη και αυτοί, που έχουν παρακολουθήσει, έχουν αναλάβει λιγότερα από πέντε (5) περιστατικά τραυλισμού σε όλα τα χρόνια της εργασιακής τους εμπειρίας. Οι λογοθεραπευτές με περισσότερα περιστατικά τραυλισμού στο ενεργητικό τους είναι λογοθεραπευτές με περισσότερα έτη επαγγελματικής εμπειρίας, εκ των οποίων δεν είναι λίγοι όσοι δεν έχουν λάβει επιπλέον εκπαίδευση για τις διαταραχές ροής μετά την ολοκλήρωση των προπτυχιακών τους σπουδών.

Πίνακας 8.2: Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ - ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΩΣΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΛΑΘΟΣ
10: Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει εξετάζετε αν υπήρξε καθυστέρηση της ανάπτυξης της ομιλίας και του λόγου	48,9%	51,1%
13: Για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει η στάση του παιδιού απέναντι στον τραυλισμό του	62,8%	37,2%
14: Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει θα ρωτούσατε ανοιχτά το παιδί, εάν δυσκολεύεται με την ομιλία του	20,9%	79,1%

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι παρότι η *πλειοψηφία* των λογοθεραπευτών της έρευνας έχουν παρακολουθήσει μόνο ένα θεωρητικό μάθημα σχετικά με τον τραυλισμό στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών τους, ένα ή κανένα σεμινάριο και έχουν εξασκήσει πρακτικά τις γνώσεις τους σε λιγότερα από πέντε (5) περιστατικά τραυλισμού, στην ερώτηση «Πόσο άνετα νιώθετε να εργαστείτε με άτομα που τραυλίζουν;» τα μεγαλύτερα ποσοστά απαντήσεων με μικρές αποκλίσεις μεταξύ τους συγκεντρώθηκαν στις απαντήσεις «μέτρια άνετα, αρκετά άνετα, πολύ άνετα» (27,9%, 22,1%, 20,9% αντίστοιχα). Η παρατήρηση αυτή, αναπόφευκτα γεννά ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο οι λογοθεραπευτές έχουν επίγνωση των ανεπαρκών γνώσεων τους για την αξιολόγηση και την θεραπεία του τραυλισμού και αν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν την αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση στις διαταραχές ροής. Αντιθέτως, ερευνητές σε προηγούμενες μελέτες ανέφεραν ότι οι λογοπεδικοί ένιωθαν απροετοίμαστοι να χειριστούν περιστατικά τραυλισμού (Cooper, 1995; Curlee, 1985; Healey & Scott, 1995; Henri, 1994) και οι συμμετέχοντες στην έρευνα του Πανεπιστημίου Misericordia της Πενσυλβάνια δήλωσαν θα ήθελαν να παρακολουθήσουν εργαστήρια που παρέχουν γενικές πληροφορίες για τον τραυλισμό, για την αξιολόγηση και την θεραπεία του.

Πίνακας 8.3: Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ - ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΣΩΣΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΛΑΘΟΣ
17: Ένας σημαντικός παράγοντας στην παρέμβαση του τραυλισμού είναι η αντιδραστικότητα και η ρυθμιστικότητα του ατόμου που τραυλίζει	53,5%	46,5%
18: Στην παρέμβαση για τον τραυλισμό περιλαμβάνονται ασκήσεις όπως η εύκολη εκκίνηση	61,6%	38,4%
19: Όταν κάνουμε παρέμβαση για τον τραυλισμό σε παιδί που αντιμετωπίζει, επίσης, γλωσσικές δυσκολίες, τότε αν η γλωσσική δυσκολία επηρεάζει έντονα την επικοινωνία του παιδιού, δουλεύουμε παράλληλα τους δύο τομείς	70,9%	29,1%
20: Η καλύτερη παρέμβαση για παιδιά προσχολικής ηλικίας θα λέγατε ότι είναι η έμμεση θεραπεία	38,4%	61,6%
21: Ενδεδειγμένες επιλογές παρέμβασης για ενήλικες που τραυλίζουν είναι οι τεχνικές τροποποίησης της ροής	77,9%	22,1%
22: Η τεχνική “Fluency Shaping” χρησιμοποιείται με σκοπό να εξαλειφθούν τα συμπτώματα του τραυλισμού, όπως μπλοκαρίσματα, επαναλήψεις κ.ά.	51,2%	48,8%
23: Στο πρόγραμμα “Palin Parent Child Interaction Therapy” οι γονείς μαθαίνουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τραυλισμό του παιδιού τους	34,9%	65,1%

Συμπερασματικά, τα προπτυχιακά μαθήματα είναι απαραίτητο να αποκτήσουν πιο πρακτικό χαρακτήρα, ώστε οι φοιτητές να είναι πιο ενημερωμένοι και εξοικειωμένοι με τον τραυλισμό και τις διαφορετικές μεθόδους αξιολόγησης και θεραπείας και να ενθαρρύνονται και

να λαμβάνουν πληροφορίες για την παρακολούθηση σχετικών επιμορφώσεων μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους. Οι μεταπτυχιακές εκπαιδεύσεις και τα σεμινάρια να παρέχονται πιο συχνά και να επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες πτυχές της αξιολόγησης και της θεραπείας του τραυλισμού, από Αναγνωρισμένους Ειδικούς στις Διαταραχές Ροής, με βάση τους τομείς που εντοπίζονται να χωλαίνουν οι γνώσεις των λογοθεραπευτών, όπως καταδεικνύονται στην παρούσα, αλλά και σε παρόμοιες έρευνες. Για παράδειγμα στην έμμεση θεραπεία, την εμπλοκή των γονέων στην θεραπεία, το πρόγραμμα Palin Parent Child Interaction Therapy, τις τεχνικές Fluency Shaping και Stuttering Modification. Είναι σημαντικό οι φοιτητές και οι ασκούμενοι κλινικοί να είναι ευαισθητοποιημένοι για να μπορούν να αντιληφθούν την έλλειψη των απαραίτητων εφοδίων στην διαχείριση περιστατικών τραυλισμού και να αναγνωρίσουν την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση στις διαταραχές ροής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ/ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε προσπάθεια ανίχνευσης των γνώσεων των επαγγελματιών λογοθεραπευτών ως προς την φύση, την αξιολόγηση και τη θεραπεία του τραυλισμού. Στο πλαίσιο της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για μετέπειτα έρευνες. Αρχικά, δεν έχει διευκρινιστεί ο τόπος καταγωγής του κάθε συμμετέχων. Αυτό μας περιορίζει στο να δούμε τις γνώσεις του γενικού συνόλου μιας συγκεκριμένης περιοχής της Ελλάδας ή και για τα υπόλοιπα μέρη. Κατά συνέπεια, δεν προκύπτει πώς οι απαντήσεις αντικατοπτρίζουν τις γνώσεις και στάσεις για το ευρύ ελληνικό κοινό. Ακόμη, ένας παράγοντας που αξίζει να αναφερθεί είναι η άνιση κατανομή στο δείγμα ως προς μεταβλητές, για παράδειγμα το φύλλο, την ηλικία και ούτω καθεξής. Επομένως δεν μπορεί να γίνει συσχετισμός μεταξύ των μεταβλητών σε στατιστικό επίπεδο. Κατά συνέπεια, συστήνεται σε μετέπειτα έρευνες να υπάρχει και μία διευκρινιστική ερώτηση για τον τόπο καταγωγής και επανάληψη της έρευνας ώστε να υπάρχουν περισσότερο σαφή αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, συστήνεται να υπάρξει ισότιμος αριθμός μεταβλητών στις ερωτήσεις και τις απαντήσεις ώστε να μπορέσει να γίνει και στατιστική ανάλυση με συσχετίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Speech-Language-Hearing Association. (2014). *Fluency Disorders*. Ανάκτηση από ASHA: www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/
- American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Stuttering*. Ανάκτηση από ASHA: <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>
- Anderson, J. D., Pellowski, M. W., Conture, E. G., & Kelly, E. M. (2003, Oct 01). *Temperamental Characteristics of Young Children Who Stutter*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, Journal of Speech, Language, and Hearing Research: <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1092-4388%282003/095%29>
- Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2013). *Εισαγωγή στις διαταραχές επικοινωνίας*. (N. Τρίμμης, & N. Ζιάβρα, Επιμ.) Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974, Aug 01). *Stuttering therapy: the relation between changes in symptom level and attitudes*. Ανάκτηση από Journal of Speech and Hearing Disorders: <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshd.3903.312>
- Ardila, A., Bateman, J. R., Niño, C. R., Pulido, E., Rivera, D. B., & Vanegas, C. J. (2002). *An epidemiologic study of stuttering*. Ανάκτηση από Science Direct, Journal of Communication Disorders: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021992494900094>
- Baldes, R. A., Barker, K. D., Jenkinson, P. H., & Wilson, K. D. (1978). *Iowa's Severity Rating Scale for Communication Disabilities*. (J. J. Freiling, Επιμελητής, & Department of Public Instruction) Ανάκτηση από http://publications.iowa.gov/29713/1/IowasSeverityRatingScaleforCommunicationDisabilities_1978.pdf
- Berquez, A., & Kelman, E. (2018, Oct 19). *Methods in Stuttering Therapy for Desensitizing Parents of Children Who Stutter*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, American Journal of Speech-Language Pathology: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0183
- Blomgren, M. (2013). *Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review*. Ανάκτηση από Academia: https://www.academia.edu/26486885/Behavioral_treatments_for_children_and_adults_who_stutter_a_review
- Blood, G. W., Blood, I. M., McCarthy, J., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). An analysis of verbal response patterns of Charles Van Riper during stuttering modification therapy. *Journal of Fluency Disorders*(26(2)), σσ. 129-147.
- Büchel, C., & Sommer, M. (2004, 02 17). *What Causes Stuttering?* Ανάκτηση από PLOS BIOLOGY: <https://journals.plos.org/plosbiology/article/authors?id=10.1371/journal.pbio.0020046>

- Byrd, C. T., Werle, D., & Louis, K. O. (2020, May 8). *Speech-Language Pathologists' Comfort Level With Use of Term "Stuttering" During Evaluations*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, American Journal of Speech-Language Pathology: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2020_AJSLP-19-00081
- Clark, C. E., Conture, E. G., Frankel, C. B., & Walden, T. A. (2012). *Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT*. Ανάκτηση από Journal of Communication Disorders: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334450/>
- Conture, E. G. (1996, Oct 01). *Treatment Efficacy*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, Journal of Speech, Language, and Hearing Research: <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/jshr.3905.s18>
- Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1999, Feb). *Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change*. Ανάκτηση από Science Direct, Journal of Fluency Disorders: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X96000186>
- Corcoran, J. A., & Stewart, M. (1998, Dec 22). *Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives*. Ανάκτηση από Science Direct, Journal of Fluency Disorders: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X98000205>
- DiLollo, A., Manning, W. H., & Neimeyer, R. A. (2003, July 11). *Cognitive anxiety as a function of speaker role for fluent speakers and persons who stutter*. Ανάκτηση από Science Direct, Journal of Fluency Disorders: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X03000433>
- Friends, The National Association Of Young People Who Stutter. (n.d.). *Stuttering 101*. Ανάκτηση από Friends Who Stutter: <https://www.friendswhostutter.org/stuttering-101/>
- Guitar, B. (2014). *Τραυλισμός, Μία Ολοκληρωμένη Προσέγγιση για τη Φύση και τη Θεραπεία του*. (Ε. Καλλιόντζη, & Δ. Ξηνταροπούλου, Μεταφρ.) Αθήνα: Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις.
- Ham, R. E. (2002, May 29). *What is stuttering: Variations and stereotypes*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X9090041P>
- Healey, E. C., Scott Trautman, L., & Susca, M. (2004). *Clinical Applications of a Multidimensional Approach for the Assessment and Treatment of Stuttering*. Ανάκτηση από ASHA WIRE: https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/cicsd_31_S_40
- Hegde, M. N. (2015). *Οδηγός Λογοθεραπευτικής Αξιολόγησης*. (Ε. Γερμανά, Επιμ., & Ε. Γερμανά, Μεταφρ.) Αττική: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Hegde, M. N. (2015). *Οδηγός Λογοθεραπευτικής Παρέμβασης*. (Ε. Γερμανά, Επιμ., & Ε. Γερμανά, Μεταφρ.) Αττική: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Howell, P., & Sackin, S. (2000, Dec 1). *Speech Rate Modification and Its Effects on Fluency Reversal in Fluent Speakers and People Who Stutter*. Ανάκτηση από National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231598/>

- Jones, R., Choi, D., Conture, E., & Walden, T. (2014, Apr 29). *Temperament, Emotion and Childhood Stuttering*. Ανάκτηση από National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317269/>
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2013). *Πρακτική Παρέμβαση Για Πρώιμο Παιδικό Τραυλισμό, Προσέγγιση Palin PCI*. (Ι. Μαρτίνης, Μεταφρ.) Νέος Κόσμος: "ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ παιδιού, εφήβου, οικογένειας".
- Kraaimaat, F. W., Vanryckeghem, M., & Van Dam-Baggen, R. (2002). *Stuttering and social anxiety*. Ανάκτηση από Science Direct, Journal of Fluency Disorders: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X02001602>
- Kuster, J. (n.d.). *The Stuttering Homepage*. Ανάκτηση από <http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/stutter.html>
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010, July 5). *Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021992410000420>
- Lucey, J., Evans, D., & Maxfield, N. D. (2019, Aug 15). *Temperament in Adults Who Stutter and Its Association With Stuttering Frequency and Quality-of-Life Impacts*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, Journal of Speech, Language, and Hearing Research: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019_JSLHR-S-18-0225
- Martin, R. R., Kuhl, P., & Haroldson, S. (1972, Dec 01). *An experimental treatment with two preschool stuttering children*. Ανάκτηση από Journal of Speech and Hearing Research: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4652394/>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2016, 02). *What is Stuttering? Diagnosis & Treatment*. Ανάκτηση από <https://www.nidcd.nih.gov/health/stuttering>
- National Stuttering Association. (n.d.). *Understanding Stuttering*. Ανάκτηση από <http://www.nsastutter.org/>
- Plexico, L., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2004). *A phenomenological understanding of successful*. Ανάκτηση από Elsevier, Journal of Fluency Disorders : https://www.researchgate.net/profile/Walter-Manning/publication/7964363_A_phenomenological_understanding_of_successful_stuttering_management/links/59dd3e91458515f6efef48fb/A-phenomenological-understanding-of-successful-stuttering-management.pdf
- Prasse, J. E., & Kikano, G. E. (2008, May 01). *Stuttering: An Overview*. Ανάκτηση από American Family Physician: <https://www.aafp.org/afp/2008/0501/p1271.html>
- Ramig, P. R., & Wallace, M. L. (2002, June 21). *Indirect and combined direct-indirect therapy in a dysfluent child*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X87900386?via%3Dihub>

- Rieber, R. W., & Wollock, J. (2002). *The historical roots of the theory and therapy of stuttering*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021992477900090>
- Roth, F. P., & Worthington, C. K. (2016). *Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας*. (Ν. Τρίμης, Ν. Ζιάβρα, & Μ. Νησιώτη, Επιμ.) Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
- Schoenfield, D. (2020). *Children's Attitudes T ttitudes Toward Their Communication Abilities*. Ανάκτηση από LSU Digital Commons: https://digitalcommons.lsu.edu/gradschool_theses/5086
- Tellis, G. M., Bressler, L., & Emerick, K. (2008). *An Exploration of Clinicians Views About Assessment and Treatment of Stuttering*. Ανάκτηση από ASHA, Perspectives on Fluency and Fluency Disorders: <https://pubs.asha.org/doi/10.1044/ffd18.1.16>
- Tichenor, S., & Scott Yaruss, J. (2020, Feb 7). *Repetitive Negative Thinking, Temperament, and Adverse Impact in Adults Who Stutter*. Ανάκτηση από ASHA WIRE, American Journal of Speech-Language Pathology: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2019_AJSLP-19-00077
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. J., & Hernandez, L. M. (2005, Oct 24). *A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X05000732>
- Yairi, E. (2007, Apr 24). *Subtyping stuttering I: A review*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0094730X07000216>
- Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. N. (1999, Mar 2). *Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0021992495000518>
- Yaruss, J. S., & Reeves, N. A. (n.d.). *Stuttering Therapy Resources, Inc*. Ανάκτηση από Practical Tips Videos: Speech Handling Strategies: <https://stutteringtherapyresources.com/pages/practical-tips-videos-speech-handling-strategies>
- Yeakle, M. K., & Cooper, E. B. (2002, June 21). *Teacher perceptions of stuttering*. Ανάκτηση από Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0094730X86900227>
- Γεωργαλάς, Β. Α., Καλαντζή, Ν., & Κωνσταντοπούλου, Ε. (2015). *Η γνώση του κοινού για τον τραυλισμό*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, Τμήμα Λογοθεραπείας. Ανάκτηση από <http://repository.library.teiwest.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4336/%CE%97%20%CE%93%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%20%CE%A4%CE%9F%CE%A5%20%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%9F%CE%A5%20%CE%93%CE%99%CE%91%20%CE%A4%CE%9F%CE%9D%20%CE%A4%CE%A1%CE%91%CE%A5%CE%9B%CE%99>
- Καμπανάρου, Μ. (2007). *Διαγνωστικά Θέματα Λογοθεραπείας*. Αθήνα: Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ".
- Κέντρο Λόγου ΕΥ ΛΕΓΕΙΝ. (n.d.). *Εξελικτικός Τραυλισμός*. Ανάκτηση από Κέντρο Λόγου ΕΥ ΛΕΓΕΙΝ: <https://eulegein.net/exeliktikos-travlismos/>

Κωνσταντάρου, Ε. Α. (2014). *Στάσεις και απόψεις εκπαιδευτικών ειδικής και γενικής αγωγής για τον τραυλισμό στη σχολική ηλικία*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, Τμήμα Λογοθεραπείας.

Μαλανδράκη, Γ. Α. (2012). *Εξελικτικός & Επίμονος Τραυλισμός*. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.

Στεργίου, Σ. (2015). *Τραυλισμός. Αξιολόγηση, Τρόποι Αντιμετώπισης, Θεραπεία*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, Τμήμα Λογοθεραπείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΡΑΥΛΙΣΜΟ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το ακόλουθο ερωτηματολόγιο έχει στόχο να διερευνήσει το επίπεδο και την επάρκεια των γνώσεων των λογοθεραπευτών για την φύση, την αξιολόγηση και την παρέμβαση στον τραυλισμό.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και τα στοιχεία σας θα παραμείνουν ανώνυμα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί πολύ χρόνο και είναι σημαντικό να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι ολοκληρωμένα.

Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της Πτυχιακής Εργασίας μας για το τμήμα Λογοθεραπείας στη Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του πρώην ΤΕΙ Πατρών στη Σχολή, που πλέον ονομάζεται Τμήμα Λογοθεραπείας στη Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών, με επίτη τον καθηγητή Ιωάννη Παπακυρίτη.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

Καλάκου Ευτυχία

Λύτρα Κωνσταντίνα

Εμπειρία και Κατάρτιση

1. Ηλικία
(Κείμενο σύντομης απάντησης)
2. Φύλο
(Κείμενο σύντομης απάντησης)
3. Πόση εργασιακή εμπειρία έχετε ως λογοθεραπευτές;
(Κείμενο σύντομης απάντησης)
4. Τίτλος σπουδών
 - a. Πτυχίο Λογοθεραπείας
 - b. Μεταπτυχιακό στη Λογοθεραπεία
 - c. Διδακτορικό στη Λογοθεραπεία
 - d. Άλλο...
5. Πόσα και ποια μαθήματα είχατε στην σχολή σας στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, τα οποία αφορούσαν τον τραυλισμό;
(Κείμενο μακροσκελούς απάντησης)
6. Πόσα και ποια σεμινάρια ή εκπαιδεύσεις έχετε παρακολουθήσει σχετικά με τον τραυλισμό;
(Κείμενο μακροσκελούς απάντησης)
7. Πόσα περιστατικά με τραυλισμό έχετε αναλάβει;
 - a. Λιγότερα από 5
 - b. 5 έως 20
 - c. 20 έως 50
 - d. Περισσότερα από 50
8. Χώρος εργασίας

- a. Κλινική Αποκατάστασης
 - b. Νοσοκομείο
 - c. Ιδιωτικό Κέντρο Λογοθεραπείας
 - d. Ειδικό Σχολείο
 - e. Άλλο...
9. Πόσο άνετα νιώθετε να εργαστείτε με άτομα που τραυλίζουν;
(Γραμμική κλίμακα από το 1 έως το 5, όπου 1 καθόλου άνετα, όπου 5 εξαιρετικά άνετα)

Η Φύση και η Αξιολόγηση του Τραυλισμού

10. Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου που τραυλίζει εξετάζετε:
- a. Αν υπήρξε καθυστέρηση της ανάπτυξης της ομιλίας και του λόγου
 - b. Αν έχει καλή όραση
 - c. Την ικανότητα διήγησης ιστορίας
 - d. Τον περιγραφικό λόγο
11. Στον τραυλισμό η γρήγορη ταχύτητα ομιλίας οδηγεί σε:
- a. Μεγαλύτερη αρθρωτική ακρίβεια
 - b. Μεγαλύτερο ποσοστό δυσροών
 - c. Μικρότερο ποσοστό δυσροών
 - d. Μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση
12. Έρευνες για την κληρονομικότητα έχουν δείξει ότι:
- a. Τα γονίδια ενεργούν από μόνα τους για την εμφάνιση του τραυλισμού
 - b. Τα γονίδια είναι ο κύριος λόγος εμφάνισης του τραυλισμού
 - c. Τα γονίδια σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση του τραυλισμού
 - d. Τα γονίδια δεν συμβάλλουν στην εμφάνιση του τραυλισμού
13. Για την αξιολόγηση του τραυλισμού ενός παιδιού κάτω των 5 ετών μας ενδιαφέρει:
- a. Αν μιλάει πολύ συχνά
 - b. Αν παίζει με τους φίλους του
 - c. Η στάση του απέναντι στον τραυλισμό του
 - d. Αν έχει διαταραχή φώνησης
14. Κατά την αξιολόγηση ενός παιδιού σχολικής ηλικίας που τραυλίζει:
- a. Θα ρωτούσατε ανοιχτά, εάν δυσκολεύεται με την ομιλία του
 - b. Θα ρωτούσε τους γονείς, εάν το παιδί έχει συνειδητοποιήσει την δυσκολία, χωρίς το ίδιο να είναι παρόν
 - c. Θα ρωτούσατε το παιδί, εάν του αρέσει να μιλάει
 - d. Δεν θα αναφέρατε στο παιδί την λέξη "τραυλισμός"
15. Έχουν λιγότερο κίνδυνο εδραίωσης του τραυλισμού:
- a. τα παιδιά που έχουν φωνολογικές δυσκολίες
 - b. τα παιδιά που ξεκίνησαν να τραυλίζουν σε σχολική ηλικία
 - c. τα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό τραυλισμού»
 - d. τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια
16. Θεωρίες για τον τραυλισμό υποστηρίζουν ότι:
- a. Είναι ψυχολογικό πρόβλημα
 - b. Συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες που συνθέτουν τον τραυλισμό
 - c. Είναι γλωσσικό πρόβλημα
 - d. Είναι κοινωνικό πρόβλημα

Η Παρέμβαση για τον Τραυλισμό

17. Ένας σημαντικός παράγοντας στην παρέμβαση για τον τραυλισμό είναι:
- Η αντιδραστικότητα και η ρυθμιστικότητα του ατόμου που τραυλίζει
 - Η προσωπικότητα του ατόμου
 - Η ψυχολογική του κατάσταση
 - Η ικανότητα ανάγνωσης
18. Στην παρέμβαση για τον τραυλισμό περιλαμβάνονται ασκήσεις όπως:
- Να κάνουν μικρότερες σε μήκος προτάσεις
 - Να κάνουν μεγαλύτερες σε μήκος προτάσεις
 - Η εύκολη εκκίνηση
 - Να παίρνουν ανάσα πριν μιλήσουν
19. Όταν κάνουμε παρέμβαση για τον τραυλισμό σε παιδί, που αντιμετωπίζει επίσης γλωσσικές δυσκολίες:
- Ολοκληρώνουμε την παρέμβαση για τον τραυλισμό και ύστερα προχωράμε στα γλωσσικά ελλείμματα
 - Πραγματοποιούμε παρέμβαση παράλληλα και για τους δύο τομείς
 - Επιλέγουν οι γονείς με ποια δυσκολία θα ξεκινήσουμε
 - Αν η γλωσσική δυσκολία επηρεάζει έντονα την επικοινωνία του παιδιού, δουλεύουμε παράλληλα τους δύο τομείς
20. Η καλύτερη επιλογή παρέμβασης για παιδιά προσχολικής ηλικίας θα λέγατε ότι είναι:
- Η άμεση θεραπεία
 - Η έμμεση θεραπεία
 - Δεν πραγματοποιείται θεραπεία
 - Ο συνδυασμός άμεσης και έμμεσης θεραπείας
21. Ενδεδειγμένες επιλογές παρέμβασης για ενήλικες που τραυλίζουν είναι:
- Τεχνικές τροποποίησης της ροής
 - Στοματοπροσωπικές ασκήσεις
 - Ασκήσεις αναπνοής
 - Ψυχοθεραπεία
22. Η τεχνική "Fluency Shaping" χρησιμοποιείται με σκοπό:
- Να εξαλειφθούν τα συμπτώματα του τραυλισμού όπως τα μπλοκαρίσματα και οι επαναλήψεις
 - Να εξαλειφθούν οι συμπεριφορές αποφυγής όπως να αποφεύγουν να μιλούν όταν πιστεύουν ότι θα τραυλίσουν
 - Να μην τραυλίζει σχεδόν καθόλου
 - Να τονώσει την αυτοπεποίθηση του ατόμου που τραυλίζει
23. Στο πρόγραμμα "Palin Parent Child Interaction Therapy":
- Γίνεται άμεση θεραπεία
 - Δίνεται έμφαση στην ανησυχία των γονέων
 - Μαθαίνουν οι γονείς τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τραυλισμό του παιδιού τους
 - Εκπαιδεύονται οι γονείς σε τεχνικές ομιλίας